

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAUMA PSICOLÓGICO E RESILIÊNCIA: RELAÇÃO
COM O TIPO DE EVENTO POTENCIALMENTE
TRAUMÁTICO E O CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO**

Marta Sofia de Oliveira Passos Serafim dos Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAUMA PSICOLÓGICO E RESILIÊNCIA: RELAÇÃO
COM O TIPO DE EVENTO POTENCIALMENTE
TRAUMÁTICO E O CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO**

Marta Sofia de Oliveira Passos Serafim dos Santos

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro

Dissertação Coorientada pela Dr.^a Joana Faria Anjos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)

2017

Agradecimentos

...À Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro, por todas as palavras de incentivo e motivação, pelo enriquecimento pessoal e profissional que me proporcionou, assim como por toda a disponibilidade demonstrada nestes últimos meses.

...À Dr.^a Joana Faria Anjos, por me ter dado a conhecer a área da intervenção psicológica em crise, por tudo aquilo que me ensinou ao longo deste ano, não só enquanto psicóloga, mas também enquanto pessoa. Obrigada por todo o apoio e motivação que me forneceu durante este ano, por todos os momentos de descoberta e de incerteza que partilhámos. Obrigada por tudo, porque mais que uma orientadora, foi uma colega, uma amiga.

...À minha família, pelo apoio incondicional e, acima de tudo, por me fazer acreditar em mim própria.

...À Rita, por todo o apoio que me forneceste ao longo deste tempo, foste incansável. Obrigada pela companhia, pela partilha de ideias, pelos momentos de desabafo, por me compreenderes melhor que ninguém.

...A todos os meus amigos, que de uma maneira ou de outra me ajudaram ao longo deste ano. Obrigada pela força, pela ajuda, pela motivação. Um especial obrigada ao João, Sara, Inês e Adalberto, pois cada um de vocês teve um papel indispensável.

...A todos aqueles que aceitaram contribuir para o meu projeto, pois foram vocês que tornaram tudo possível.

...A todos os que fizeram parte deste processo, um sincero obrigada!

“The expert at anything was once a beginner.”

Helen Hayes

Resumo

A importância do estudo da vivência de eventos potencialmente traumáticos manifesta-se através da necessidade de compreender o processo de adaptação dos sobreviventes a estes eventos, de maneira a perceber o seu impacto na saúde mental dos indivíduos, tendo por fim o seu bem-estar psicológico. Deste modo, a presente investigação tem como objetivo explorar os conceitos de trauma psicológico, resiliência e crescimento pós-traumático, em indivíduos jovens adultos, que experienciaram um evento potencialmente traumático nos últimos cinco anos. A amostra foi recolhida através da técnica não probabilística “bola de neve”, abrangendo indivíduos entre os 18 e os 25 anos.

As variáveis escolhidas para este estudo são o tipo de evento potencialmente traumático experienciado, o nível de resiliência, o nível de crescimento pós-traumático, a sintomatologia, o suporte social, as estratégias de coping e os fatores de stresse. A informação quantitativa, recolhida com recurso a questionários referentes às variáveis de resiliência e crescimento pós-traumático, foi posteriormente analisada no IBM SPSS Statistics (Versão 23.0 para Windows). A informação qualitativa, de carácter exploratório, foi obtida com recurso a uma entrevista semi-estruturada, que posteriormente foi analisada com recurso ao *software* NVIVO (Versão 11.0 para Windows). Os resultados indicam possíveis relações entre diversas variáveis, nomeadamente entre o crescimento pós-traumático e a sintomatologia, entre a resiliência e o suporte social e ainda entre a resiliência e as estratégias de coping. Várias implicações clínicas provenientes desta investigação são apresentadas, assim como são sugeridas direções futuras.

Palavras-chave: Trauma Psicológico, Resiliência, Crescimento Pós-Traumático, Evento Potencialmente Traumático

Abstract

The importance of the study of the experience of potentially traumatic events is manifested through the need of knowledge about the process of adaptation of survivors to these events, in order to perceive their impact on survivors' mental health, aiming at their psychological well-being. Thus, the present research aims to explore the concepts of psychological trauma, resilience and posttraumatic growth in young adults who have experienced a potentially traumatic event in the last five years. The sample was collected through the non-probabilistic "snowball" technique, covering individuals between 18 and 25 years old.

The chosen variables for this study are the type of potentially traumatic event experienced, the level of resilience, the level of posttraumatic growth, symptomatology, social support, coping strategies and stressors. Quantitative information, collected using questionnaires related to the variables of resilience and posttraumatic growth, was later analyzed in IBM SPSS Statistics (Version 23.0 for Windows). Qualitative, exploratory information was obtained through a semi-structured interview, which was later analyzed using NVIVO software (Version 11.0 for Windows). The results indicate possible relationships between several variables, namely between posttraumatic growth and symptomatology, between resilience and social support, and between resilience and coping strategies. Several clinical implications from this research are presented, as well as future directions are suggested.

Key words: Psychological Trauma, Resilience, Posttraumatic Growth, Potentially Traumatic Event

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	2
Trauma Psicológico	2
Resiliência	5
Crescimento Pós-Traumático	8
Crescimento Pós-Traumático e Ajustamento Psicológico	11
Relação entre Resiliência e Crescimento Pós-Traumático	12
Método	14
Metodologia	14
Questão de Investigação Inicial e Mapa Conceptual	14
Questão de Investigação Inicial	14
Mapa Conceptual	14
Objetivos de Investigação	15
Questões de Investigação Específicas	16
Participantes	16
Medidas	16
Entrevista Semi-estruturada	16
CD-RISC	17
PTGI	18
Questionário Sociodemográfico	18
Análise de Dados	18
Procedimento	19
Resultados e Discussão	20
Tipo de EPT e Exposição Traumática	20
Sintomatologia	21
Resiliência e Crescimento Pós-Traumático	23
Suporte Social	28
Estratégias de Coping	30
Fatores de Stresse	33
Conclusões, Limitações e Investigações Futuras	35
Referências	39
Apêndices	48

Apêndice 1.....	49
Apêndice 2.....	51
Apêndice 3.....	53
Apêndice 4.....	56
Apêndice 5.....	57

Índice de tabelas

Tabela 1 Sintomatologia apresentada de acordo com o tipo de EPT.....	22
Tabela 2 Estatísticas Descritivas da Resiliência e do CPT	23
Tabela 3 Correlação entre o resultado total do PTGI e da CD-RISC	24
Tabela 4 Resultados individuais da CD-RISC e do PTGI e média de cada grupo	24
Tabela 5 Comparação entre o resultado do PTGI e o CPT referido na entrevista, em número de referências	26
Tabela 6 Comparação entre o nível de Resiliência e a Sintomatologia referida na entrevista, em número de referências.....	26
Tabela 7 Comparação entre o nível de CPT e a altura em que ocorreu o EPT, em número de fontes	27
Tabela 8 Comparação entre o nível de CPT e o estado emocional negativo reportado ao longo do tempo, em número de referências	28
Tabela 9 Comparação entre o nível da Resiliência e o Suporte Social recebido, em número de referências	29
Tabela 10 Comparação entre o nível da Resiliência e o Suporte Social recebido, em número de fontes	29
Tabela 11 Estratégias de Coping utilizadas de acordo com o tipo de EPT	29
Tabela 12 Comparação entre o nível de Resiliência e Evitamento, em número de fontes	32
Tabela 13 Comparação entre o nível de Resiliência e Evitamento, em número de referências	32
Tabela 14 Comparação entre o Tipo de EPT e os Fatores de Stresse, em número de referências	33
Tabela 15 Descrição dos nós que emergiram através da análise temática com recurso ao NVivo, com número de fontes e referências	57
Figura 1 Mapa Conceptual	15

Introdução

A literatura mostra que a maioria das pessoas experiencia, pelo menos, um evento potencialmente traumático na sua vida (Bonanno, 2005; Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2006; Mancini & Bonanno, 2006). O uso intencional da palavra “potencialmente” tem por objetivo clarificar que não é o evento que determina se uma experiência é ou não traumática para o indivíduo, mas sim a sua experiência subjetiva do acontecimento (Torres Bernal & Mille, 2011), que pode depender do tipo de evento, da sua história pessoal, do significado atribuído, entre outras variáveis. Além disso, aquilo que é traumático para um indivíduo, pode não o ser para outro, mesmo vivenciado a mesma situação. No entanto, embora as reações e os níveis de sintomatologia tendam a variar dependendo do acontecimento vivido, a resiliência surge como resposta mais comum após um evento potencialmente traumático (Bonanno, 2004).

Mais recentemente, um novo conceito começou a ser explorado, devido à concepção de que os efeitos do trauma podem desafiar os sistemas de crenças dos indivíduos relacionados com a atribuição de significado, assim como podem criar mudanças ao nível da visão do mundo, das relações interpessoais e das concepções de si mesmo (Wilson & Keane, 2004). A este conceito dar-se-ia o nome de crescimento pós-traumático. Embora uma conotação positiva esteja associada a este conceito, Tedeschi e Calhoun (2004) afirmam que é necessário algum grau de sofrimento, não só para iniciar o processo de crescimento, como também posteriormente, de maneira a manter e a aumentá-lo.

A relação entre estes dois grandes conceitos relacionados com o trauma, a resiliência e o crescimento pós-traumático, tem sido alvo de diversos estudos, não existindo ainda evidências claras sobre a natureza da sua relação. Neste sentido, é fundamental conduzir estudos que explorem e visem uma compreensão mais aprofundada desta área de estudo, atualmente em desenvolvimento. O presente estudo insere-se nas temáticas referidas e tem como objetivo compreender as relações entre o tipo de evento ocorrido, a resiliência e o crescimento pós-traumático, e de que forma estas se afetam mutuamente. Apesar destes conceitos já terem sido alvo de muitas investigações, os estudos qualitativos com população portuguesa são raros, principalmente com uma amostra de jovens-adultos, o que justifica a relevância da investigação.

A presente dissertação encontra-se dividida nas seguintes secções: 1) breve revisão bibliográfica acerca das temáticas de investigação; 2) descrição da metodologia utilizada; 3) apresentação e discussão dos resultados; e 4) principais conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras.

Enquadramento Teórico

Trauma Psicológico

A maioria das pessoas experiencia pelo menos uma situação exigente durante o curso da sua vida (Bonanno, 2005; Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2006; Mancini & Bonanno, 2006). Torres Bernal e Mille (2011) definem trauma psicológico como algo que sobrecarrega o indivíduo de uma perspetiva emocional e cognitiva, afetando a sua capacidade de funcionar, lidar com as situações e comunicar. O trauma psicológico abrange três principais componentes: (1) experiência traumática inesperada, (2) falta de preparação do indivíduo para lidar com a experiência traumática e (3) impossibilidade do indivíduo fazer algo para evitar que a experiência traumática acontecesse.

Os efeitos do trauma podem desafiar os sistemas de crenças relacionados com a atribuição de significado, a fé e as expectativas sobre a humanidade e a própria vida, assim como podem criar mudanças ao nível da visão do mundo, das crenças sobre a natureza humana, dos padrões de intimidade, das relações interpessoais e das conceções de si mesmo e da identidade pessoal (Wilson & Keane, 2004).

Torres Bernal e Mille (2011) enfatizam que não é o evento que determina se uma experiência é ou não traumática para o indivíduo, mas sim a sua experiência subjetiva do acontecimento. Esta experiência subjetiva de cada sujeito pode depender da severidade do evento, do historial pessoal do indivíduo, do significado alargado que o evento representa, dos mecanismos de *coping* disponíveis, dos valores e crenças do indivíduo e do suporte social que recebe das pessoas à sua volta. Esta ideia é também partilhada por Bonanno (2004), que defende que nem todas as pessoas lidam da mesma forma com os acontecimentos potencialmente traumáticos, sendo que uns indivíduos sofrem muito mais que outros, e a maioria das pessoas consegue lidar com estes eventos relativamente bem, sem prejudicar o seu funcionamento normal no dia-a-dia, as suas relações próximas e a capacidade de prosseguir com a vida.

Bonanno e Diminich (2013) corroboram esta heterogeneidade de trajetórias após um evento potencialmente traumático (EPT), afirmando que existem seis trajetórias comuns em resposta a um EPT. A trajetória de disfunção crónica caracteriza-se por sintomas elevados logo após o EPT, que não diminuem por vários anos ou até mais tempo. A trajetória da resiliência de impacto mínimo, por sua vez, é caracterizada por níveis consistentemente baixos de sintomas e angústia, ou por um ajuste consistentemente positivo, tanto antes quanto

após a ocorrência do EPT. É importante diferenciar os conceitos de resiliência de impacto mínimo e resistência: ao contrário da resistência, que pressupõe uma ausência completa de respostas de stresse, as pessoas que apresentam uma trajetória de resiliência de impacto mínimo experienciam algum stresse passageiro durante ou imediatamente após o EPT, não afetando, porém, a capacidade de continuar com níveis normais de funcionamento. A terceira trajetória apresentada diz respeito à recuperação e descreve um padrão em que são observados, logo após o EPT, sintomas moderados a graves, que permanecem durante pelo menos vários meses antes de diminuírem gradualmente, ao longo de um ou dois anos, para os níveis normais de ajuste. A trajetória de uma elevação atrasada de sintomas descreve um aumento dos sintomas ao longo do tempo. É importante realçar que esta trajetória não descreve um padrão de ajustamento normal após o EPT, seguido de um aumento drástico dos sintomas; ao invés, esta trajetória é caracterizada por um nível inicial moderado de sintomatologia que agravou gradualmente com o tempo. Embora as quatro trajetórias suprarreferidas sejam as mais comuns, há outros dois padrões que são também observados: *distress* contínuo pré-existente e *distress* seguido de melhoria. A trajetória de *distress* contínuo pré-existente descreve um nível de comprometimento persistente que precede o EPT e continua posteriormente. A trajetória de *distress* seguido de melhoria é caracterizada por elevado nível de stresse anterior ao EPT, que decresce acentuadamente após o evento. Esta última trajetória não deve ser confundida com crescimento associado ao trauma; em vez disso, o padrão representa um retorno a um nível normal de ajustamento. A explicação mais provável da melhoria após o EPT, é o facto de o evento aliviar, de algum modo, o stresse existente anteriormente (Wheaton, 1990) (e.g. um indivíduo sentir um sentimento de alívio após o falecimento de um familiar, o qual esteve ao seu cuidado durante um longo período de tempo devido a uma doença crónica). Bonanno e Diminich (2013) acrescentam ainda que vários estudos indicam que a resiliência de impacto mínimo é a trajetória mais comum após um EPT.

A American Psychiatric Association (2013) define os eventos que podem ser considerados como potencialmente traumáticos: exposição a um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte, ferimento grave, violência sexual ou outra ameaça à integridade física, quer vivido diretamente, quer através da observação presencial enquanto o evento ocorria a outra pessoa; ter conhecimento de que o evento traumático aconteceu com um familiar ou amigo próximo (no caso de morte ou ameaça de morte do amigo ou familiar, esta tem de ser violenta ou acidental); exposição repetida ou exposição extrema a detalhes

aversivos do evento traumático (e.g. ver cadáveres), excluindo através de fotografias, vídeos ou comunicação social, a não ser que esteja diretamente relacionado com a vida profissional.

A morte de um familiar ou amigo próximo e o consequente início do processo de luto é sempre uma fase bastante complicada na vida de qualquer pessoa. Os fatores pessoais que afetam o significado da morte incluem: a natureza da relação entre a pessoa enlutada e o falecido; a percepção da pessoa enlutada acerca do papel do falecido; a intensidade da relação; o grau de dependência (psicológico e económico) do falecido; a significância da relação; e as memórias associadas com o falecido (Figley & McCubbin, 1984). Neimeyer, Laurie, Mehta, Hardison, e Currier (2008) afirmam que as perdas não familiares de pessoas que eram emocionalmente próximas (como namorados ou amigos) podem causar tanto sofrimento psicológico quanto as perdas familiares.

No caso de luto por um membro da família, surge a necessidade de aprender a lidar com a ausência do familiar, o que pode implicar: mudanças na estrutura familiar ou no papel de cada um; estabelecimento de novos padrões de autoridade e tomada de decisões; perda da segurança económica; estabelecimento de uma nova rede de suporte social; preocupação com o luto das crianças ou outros membros familiares; e por último, a perda de apoio emocional (Figley & McCubbin, 1984).

As mortes inesperadas compreendem um processo de luto mais difícil (Stroebe & Schut, 2001), tendo como implicações o facto de não ter ocorrido nenhuma preparação e, a partir do momento da morte, mudanças drásticas ocorrerem na vida da família a um ritmo acelerado (Hauser, 1987). Nas mortes inesperadas é possível incluir mortes naturais não antecipadas (e.g. paragem cardiorrespiratória) e mortes mais violentas, como suicídios, homicídios ou acidentes. Perante mortes mais violentas, o sofrimento pode ser mais intenso e pode ser mais difícil para os entes-queridos fazerem sentido da perda, o que dificulta o ajustamento psicológico. No caso das mortes inesperadas através de causas naturais, como ataque cardíaco, a atribuição de sentido não provou ser um desafio tão grande (Neimeyer, Baldwin, & Gillies, 2006; Neimeyer et al., 2008). O fazer sentido da perda implica, nas primeiras semanas ou meses após a perda, a capacidade de conseguir atribuir uma causa ou razão à perda, como, por exemplo, a compreensão da intenção suicida que originou a perda do ente-querido (Gillies & Neimeyer, 2006). Após ter conseguido atribuir uma causa ao que aconteceu, o indivíduo foca-se em questões mais gerais, relativas à sua visão do mundo, como “Porque é que isto me aconteceu? Porque é que isto tinha de me acontecer a mim? Qual é o sentido deste tipo de coisas acontecerem?”. Esta tentativa de encontrar alguma explicação

para o evento aparentemente inexplicável, ocorre, por vezes, através da espiritualidade (Holland, Currier, & Neimeyer, 2006).

No caso de suicídio, os familiares frequentemente culpam-se a si próprios por palavras ou discussões que tiveram com a pessoa que cometeu suicídio, ou por falhas no desempenho do seu papel enquanto pais, parceiros, irmãos. Mesmo concluindo que não são diretamente responsáveis pelo sucedido, muitos familiares sentem dificuldade em lidar com o facto de não terem conseguido impedir o suicídio ou de não terem reparado em possíveis sinais de aviso (Silverman, Range, & Overholser, 1995).

A fase do ciclo de vida dos jovens adultos caracteriza-se por uma crescente autonomia relativamente à família de origem e um desenvolvimento da sua identidade própria. Deste modo, pode ser particularmente difícil para esta faixa-etária lidar com a perda de um ente-querido ao mesmo tempo que tentam ganhar a sua independência (Janowiak, Meital, & Drapkin, 1995). Segundo Berson (1988), o falecimento de um dos pais na mesma altura em que o filho se está a tentar distanciar dele física ou emocionalmente, pode desenvolver no jovem elevados sentimentos de culpa, principalmente no momento que se aperceber que nunca vai poder concretizar o que ficou por fazer ou por dizer.

Além da morte de um ente-querido, há outro tipo de EPT que também ocorre com alguma frequência não só nos jovens adultos, mas também em toda a população: acidentes rodoviários.

Indivíduos que tenham sido sujeitos a um acidente rodoviário, frequentemente mostram sintomas psicológicos e dificuldades emocionais ao lidar com as consequências do evento, mesmo não tendo sofrido ferimentos graves nem tendo necessitado de cuidados hospitalares (Jeavons, 2000). Estes indivíduos podem ter experienciado alguma perda ou incapacidade (Jeavons, Greenwood, & Horne, 1998), e podem demonstrar pensamentos ou imagens intrusivas, ansiedade, e, em casos mais graves, podem mesmo apresentar uma perturbação de stress pós-traumático (Jeavons, 2000). O evento pode ter sido percebido como fatal e bastante assustador. Com frequência, os sobreviventes desenvolvem uma fobia ou incapacidade em conduzir ou mesmo em viajar nesse meio de transporte, ou evitam estímulos que os lembrem do acidente, como passar pelo local da ocorrência ou locais semelhantes (Mayou, Bryant, & Ehlers, 2001).

Resiliência

Diversos investigadores sobre o luto encaravam a ausência de angústia prolongada ou de sintomas depressivos, após a morte de um familiar ou amigo próximo, como uma resposta

rara e patológica originada na negação ou no evitamento da realidade emocional da perda. A isto davam o nome de luto ausente (Bonanno, 2004). A literatura empírica mais recente mostra algo diferente. Esta ausência de sintomatologia e a manutenção de um funcionamento normal não é vista como uma manifestação psicopatológica, mas sim como algo relativamente comum, que não indica psicopatologia, mas sim um funcionamento saudável e que não leva a reações do luto atrasadas. A resiliência seria responsável por estas características.

A resiliência, neste caso referente à perda e ao trauma, consiste na capacidade do indivíduo, que foi exposto a algum EPT, de manter níveis relativamente estáveis e saudáveis do funcionamento físico e psicológico. Os indivíduos podem, portanto, experienciar perturbações passageiras no funcionamento normal (e.g. várias semanas de preocupação esporádica ou não conseguir dormir), mas geralmente demonstram um funcionamento saudável ao longo do tempo, assim como capacidade para experiências generativas e emoções positivas (Bonanno, 2004, 2005).

Nos primeiros estudos sobre a resiliência, esta era considerada como um traço individual (e.g. Block & Block, 1980). Investigações mais recentes começaram a considerar a resiliência como um processo, tendo em conta a variação temporal e contextual, assim como os fatores de risco e os fatores promotores e protetores de resiliência (Fletcher & Sarkar, 2013; Infante, 2005). Neste sentido, Connor e Davidson (2003) definem a resiliência como uma característica multidimensional, que varia conforme o contexto, o tempo, a idade, o sexo e a origem cultural, assim como varia no próprio indivíduo, dependendo das circunstâncias da vida a que está sujeito. Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004) partilham da mesma visão, considerando a resiliência como um processo que resulta da combinação entre os atributos do indivíduo e do seu ambiente familiar, social e cultural. A resiliência não pode ser pensada como um atributo que nasce com o sujeito, nem que ele adquire ao longo do seu desenvolvimento, mas sim como um processo interativo entre a pessoa e o meio (Infante, 2005; Pesce et al., 2004). Os mesmos fatores causadores de stresse podem ser experienciados de formas diferentes por pessoas diferentes, assim como uma pessoa que lida com sucesso com as adversidades, pode ter dificuldade em lidar com uma determinada situação em que as circunstâncias sejam diferentes (Rutter, 1987).

Um estudo realizado por Pesce et al., (2004) mostrou que a vivência de EPTs não está relacionada com a resiliência do próprio indivíduo ou a sua capacidade para lidar com a adversidade. O que dá origem a características resilientes não é a vivência propriamente dita desses acontecimentos, mas sim o processamento dessa experiência negativa. Infante (2005)

distingue três componentes essenciais que devem estar presentes no conceito de resiliência: (1) a noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; (2) a adaptação positiva ou superação da adversidade; (3) e o processo que considera a dinâmica entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influem no desenvolvimento humano.

Atualmente já existem bastantes estudos relativos aos fatores associados à resiliência, no entanto, nenhuma variável foi identificada como sendo um preditor dominante deste conceito (Bonanno, Romero, & Klein, 2015).

Estudos realizados após o 11 de Setembro revelam que a resiliência é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007; Mancini & Bonanno, 2006). Uma hipótese explicativa que tem tido suporte empírico indica que as mulheres tendem a experienciar subjetivamente uma maior ameaça inicial durante o EPT (Anderson & Manuel, 1994). O mesmo estudo de Bonanno e colaboradores (2007) encontrou evidências que associam a resiliência a adultos com mais idade, o que se pode dever a mais experiências de vida e ao conhecimento obtido através de situações adversas anteriores (Bonanno & Diminich, 2013).

A exposição a EPTs, principalmente a exposição proximal, tem uma associação negativa com o ajustamento psicológico (Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011). Quanto maior a exposição proximal a um EPT, menor a prevalência de uma trajetória de resiliência (Bonanno et al., 2006).

A robustez (*hardiness*), um traço de personalidade que se refere à habilidade para manter o controlo, a confiança e o compromisso, atua como um fator promotor da resiliência, na medida em que permite percecionar as situações como menos ameaçadoras, minimizando o sofrimento psicológico (Bonanno, 2004).

Self-enhancement, i.e., um viés positivo a favor do *self*, pode ser considerado adaptativo e promotor de bem-estar em situações que sucedem o trauma psicológico, pois as ilusões positivas sobre o próprio aparentam promover a sua preservação num possível EPT (Bonanno, 2004; Bonanno, Field, Kovacevic, & Kaltman, 2002; Bonanno & Mancini, 2008).

O uso de emoções positivas e do humor como mecanismo de *coping* está associado a níveis inferiores de sofrimento psicológico (Bonanno, 2004; Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011), e é um mecanismo utilizado pelos indivíduos que demonstram resiliência (Keltner & Bonanno, 1997). O recurso às emoções positivas ou mesmo ao riso diminui o sofrimento, quer através da atenuação das emoções negativas, quer através da promoção do contacto e suporte social (Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2011; Keltner & Bonanno, 1997).

Vários estudos apoiam uma relação entre o suporte social e um melhor ajustamento após EPTs (Horton & Wallander, 2001; King, King, Fairbank, Keane, & Adams, 1998). Bonanno, Galea, Bucciarelli e Vlahov (2007) encontraram evidências que associam o suporte social a uma trajetória de resiliência.

Relativamente aos mecanismos de *coping*, o *coping* focado na resolução de problemas tem sido considerado adaptativo ao lidar com o stresse, estando associado a trajetórias de resiliência. Por outro lado, *coping* focado nas emoções tem sido considerado por muitos autores como tendo um impacto negativo na adaptação (Beasley, Thompson, & Davidson, 2003; Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006). O estudo de Beasley e colaboradores (2003) apoia a visão do *coping* focado nas emoções como evitamento, tendo-se verificado uma relação entre este estilo de *coping* e níveis elevados de sofrimento psicológico. Por outro lado, verificaram também que *coping* distrativo reduziu os sintomas somáticos nas mulheres, o que pode indicar que, em certas situações, o evitamento pode ter efeitos benéficos.

A espiritualidade pode ter uma influência importante no modo como os indivíduos interpretam e lidam com os EPTs (Peres, Moreira-Almeida, Nasello, & Koenig, 2007). Elevados níveis de envolvimento religioso estão associados com um maior bem-estar físico e psicológico (Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Koenig, 2006), pois podem levar a um maior sentimento de controlo, esperança e maior atribuição de significado (Peres et al., 2007; Tedeschi & Calhoun, 1996).

Crescimento Pós-Traumático

A literatura mostra evidências de que as pessoas que passaram por algum EPT percebem frequentemente algo de positivo que adveio do modo como lidaram com esse acontecimento (Tedeschi & Calhoun, 1996). A esta mudança psicológica positiva dá-se o nome de crescimento pós-traumático (CPT).

Muitos outros termos têm sido usados para descrever o CPT, contudo, este é o termo que capta melhor as características essenciais deste fenómeno: foco no contexto de crise ou trauma psicológico, não em níveis baixos de stresse; ao contrário de conceitos que encaram estas mudanças como ilusões, o CPT encara estas mudanças transformativas como sendo reais; não encara este processo como um modo de lidar com o trauma (mecanismo de *coping*), mas sim como um resultado ou um processo contínuo; por último, o CPT requiere uma ameaça significativa ou a fragmentação de esquemas fundamentais e pode, por vezes, coexistir com uma angústia psicológica significativa, algo que distingue o CPT do conceito de *thriving* (Tedeschi & Calhoun, 2004).

O conceito de CPT distingue-se do conceito de resiliência, pois o CPT engloba uma mudança que vai para além da capacidade da pessoa em resistir e não ficar afetada com o evento, envolve uma mudança que ultrapassa o nível de adaptação pré-trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004).

O CPT não ocorre diretamente a partir do trauma. É o confronto do indivíduo com a nova realidade após o trauma que é crucial para determinar o grau de CPT. Deste modo, o processo do CPT tem origem no evento potencialmente traumático, caracterizado como um evento sísmico, que pode agitar, ameaçar ou destruir muitas das estruturas esquemáticas que têm guiado a compreensão, a tomada de decisão e a atribuição de significado por parte do indivíduo (Tedeschi & Calhoun, 2004). Posteriormente, dar-se-á a reconstrução das estruturas cognitivas, através do processamento cognitivo ou ruminação, que terão em conta a nova realidade do indivíduo e produzirão esquemas que incorporem o trauma, tornando-os mais resistentes. O processo de ruminação mais automático e intrusivo ocorre imediatamente a seguir ao EPT, e está associado a sofrimento emocional. Posteriormente, os indivíduos começam a ter um processo de ruminação mais deliberado, que diz respeito às tentativas do indivíduo em compreender o que aconteceu e aceitar a realidade (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Tedeschi e Calhoun (1996) identificam três categorias nas quais os indivíduos que experienciaram um EPT percebem algum benefício: mudanças na percepção do *self*, mudanças nas relações pessoais e mudança na filosofia de vida. O Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) (Tedeschi & Calhoun, 1996) tem por base estas categorias, dividindo-se em cinco fatores: maior apreciação da vida e mudança de prioridades; relações mais carinhosas e íntimas com os outros; uma maior sensação de força pessoal; reconhecimento de novas possibilidades ou caminhos para a vida; e desenvolvimento espiritual. Resende, Sendas e Maia (2008) desenvolveram o Inventário de Crescimento Pós-Traumático, uma adaptação do PTGI à população portuguesa, tendo encontrado apenas três fatores: maior abertura a novas possibilidades e maior envolvimento nas relações interpessoais, mudança na percepção do *self* e da vida em geral, e mudança espiritual.

Um estudo de Tedeschi e Calhoun (1996) mostrou que os indivíduos que experienciaram traumas mais severos mostraram um maior grau de mudança, enquanto as pessoas que não passaram por eventos muito exigentes apenas demonstraram um grau de mudança pequeno ou moderado. A relação entre a severidade do trauma e o crescimento aparenta ser curvilínea, em que os benefícios aparentam ser mais fortes nos níveis de exposição intermediários, em vez de níveis altos ou baixos (Fontana & Rosenheck, 1998).

Embora seja necessário um nível mínimo de exposição, níveis extremamente elevados de exposição podem não resultar num aumento do crescimento, pois traumas bastante severos podem sobrecarregar os recursos psicológicos da maioria das pessoas (Calhoun & Tedeschi, 2006).

Tedeschi e Calhoun (2004) sugerem que pessoas com boas capacidades de *coping* poderão reportar pouco crescimento, pois essas capacidades permitem que os indivíduos não fiquem tão afetados pelo trauma, e é precisamente este confronto com o trauma que origina o crescimento.

A maioria dos estudos sobre o CPT demonstra uma tendência das mulheres apresentarem um maior CPT que os homens, o que sugere que homens e mulheres têm diferentes respostas perante o trauma (Barskova & Oesterreich, 2009; Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Linley & Joseph, 2004; Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004). Tedeschi e Calhoun (2004) sugerem que grande parte destas diferenças se manifestam ao nível da perceção espiritual e das mudanças relacionais. Relativamente à idade, estudos realizados com adultos revelam que indivíduos mais novos apresentam maior CPT que indivíduos mais velhos, nomeadamente no domínio das novas possibilidades (Barskova & Oesterreich, 2009; Butler et al., 2005; Helgeson et al., 2006; Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, & Calhoun, 2003; Tedeschi & Calhoun, 2004). Tedeschi e Calhoun (2004) sugerem que pessoas mais jovens podem estar mais abertas à aprendizagem e mudança durante este processo.

As estratégias de *coping* mais associadas ao CPT foram: *coping* focado na resolução de problemas, *coping* através de reavaliação positiva, *coping* focado na aceitação e *coping* religioso (Barskova & Oesterreich, 2009; Helgeson et al., 2006; Linley & Joseph, 2004). Apesar disso, estudos de Helgeson e colaboradores (2006) e Yanez, Stanton, Hoyt, Tennen e Lechner (2011) mostram que o CPT pode estar também associado a estratégias de negação.

No seguimento dos resultados sobre o *coping* religioso, a religião ou a abertura à espiritualidade está também positivamente correlacionada com o CPT (Helgeson et al., 2006; Linley & Joseph, 2004; Shaw, Joseph, & Linley, 2005).

A rede social do indivíduo tem um papel importante no processo de CPT, pois permite ao indivíduo contar repetidamente a sua história e atribuir significado à mesma, ajudando na criação de novos esquemas relacionados com o crescimento (Tedeschi & Calhoun, 2004). Por este motivo, o suporte social está correlacionado positivamente com o CPT.

Crescimento Pós-Traumático e Ajustamento Psicológico

O CPT não pode ser visto como uma melhoria do bem-estar nem como uma diminuição do sofrimento psicológico (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). Embora o CPT tenha sido correlacionado com uma redução do sofrimento psicológico, é necessário algum grau de sofrimento, não só para iniciar o processo de crescimento, como também posteriormente, de maneira a manter e a aumentar o CPT, o que demonstra que estes dois construtos aparentam coexistir (Tedeschi & Calhoun, 2004). Deste modo, surge alguma incerteza quanto à direção da relação entre o CPT e o ajustamento psicológico, se será positiva, negativa ou se não estarão relacionadas de todo (Helgeson et al., 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004).

É considerado haver uma relação curvilínea entre o CPT e a sintomatologia traumática (Fontana & Rosenheck, 1998). No entanto, um estudo de Resende e colaboradores (2008) sobre o CPT realizado com a população portuguesa revela que os sujeitos que apresentavam maiores níveis de sintomatologia percebiam mais crescimento. Deste modo, os autores levantaram a hipótese de nestes indivíduos haver a presença de crenças positivamente distorcidas sobre si, contempladas pela componente autoilusória do CPT (Maercker & Zoellner, 2004).

Maercker & Zoellner (2004) desenvolveram um modelo do CPT com duas componentes: um lado funcional construtivo em que o indivíduo se transcende a ele próprio (o que enquadra a visão de Tedeschi e Calhoun), e um lado ilusório autoenganador.

Supõe-se que estas duas componentes do CPT tenham diferentes cursos de tempo e que estejam correlacionadas de forma diferente com o ajustamento. O lado construtivo do CPT estaria relacionado com um ajustamento saudável, através de estratégias de *coping* como *coping* focado nos problemas, mestria e reavaliação positiva do evento, mostrando resultados adaptativos a longo prazo. Contrariamente, o lado ilusório do CPT estaria correlacionado com *self-enhancement*, *coping* focado nas emoções, estratégias distrativas, negação e evitamento, que atua no sentido de contrabalançar o sofrimento emocional logo após o EPT (Zoellner & Maercker, 2006). Como postulado por Tedeschi e Calhoun (1995), momentos de negação e evitamento podem permitir ao indivíduo controlar o ritmo ao qual ele enfrenta e processa o EPT, limitando a possibilidade de se sentir sobrecarregado psicologicamente.

Se o processo de lidar com o trauma for bem-sucedido, a componente construtiva e autotransformante do CPT irá crescer ao longo do tempo, enquanto a componente ilusória diminuirá. Deste modo, a componente construtiva do CPT deverá estar positivamente relacionada com o ajustamento e bem-estar, a longo-prazo (Zoellner & Maercker, 2006). É

importante realçar que ambas as componentes seriam responsáveis por uma perceção de CPT, no entanto, apenas a componente construtiva e autotransformante do CPT seria responsável por um ajustamento psicológico.

Este modelo de Maercker e Zoellner (2004) pode explicar e integrar os resultados contraditórios que têm surgido relativamente à relação entre o CPT e o ajustamento psicológico. Os estudos longitudinais sobre o CPT normalmente mostram uma relação positiva entre o CPT e o ajustamento, pois a componente construtiva do CPT pode ter tido oportunidade de se manifestar. Por outro lado, os resultados dos estudos transversais tendem a ser mais inconclusivos, pois não se sabe ao certo que proporção de cada componente do CPT está presente (Zoellner & Maercker, 2006).

Por último, é importante salientar o facto de a maioria dos modelos do CPT, como o modelo de Tedeschi e Calhoun (2004), não diferenciar o crescimento real do reportado (Cho & Park, 2013). Maercker e Zoellner (2004) afirmam que não é claro até que ponto o PTGI avalia o CPT real, e até que ponto reflete ilusões para aumentar a autoestima e aliviar o stresse.

Relação entre Resiliência e Crescimento Pós-Traumático

A relação entre a resiliência e o CPT tem sido debatida ao longo dos anos, e tem gerado resultados opostos.

A investigação de Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz e Solomon (2009) com sobreviventes de guerra mostra uma relação inversa entre a resiliência e o CPT, o que se verificou em traumas diretos e indiretos e em todas as subescalas do CPT. Nesta investigação, a resiliência foi definida como resistência a sintomas da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT) após adversidade, e, deste modo, os resultados encontrados são consistentes com a visão de Tedeschi e Calhoun (1996), que associa o CPT à vulnerabilidade (PSPT).

Levine e colaboradores (2009) sugerem duas explicações para este fenómeno. Uma delas diz respeito ao facto de indivíduos resilientes não ficarem tão afetados pelo EPT, não experienciando um nível suficiente de sofrimento psicológico para dar origem a crescimento (Westphal & Bonanno, 2007). A outra explicação prende-se com o facto de o CPT poder ser uma ilusão positiva (Maercker & Zoellner, 2004). Nos sobreviventes mais vulneráveis, ou seja, com menor resiliência, o EPT poderá causar um desequilíbrio que eles tentam corrigir, mostrando um otimismo irrealista. Os indivíduos resilientes não precisam de recorrer a esta estratégia, evidenciando a relação negativa entre a resiliência e o CPT.

Contrariamente, estudos de Bensimon (2012) e Ogińska-Bulik (2015) mostram uma relação positiva entre os dois construtos. No estudo de Ogińska-Bulik (2015), a resiliência foi positivamente relacionada com todos os fatores do CPT, exceto um, o das relações com os outros.

Bensimon (2012) afirma que inconsistências na operacionalização da resiliência podem explicar os diferentes resultados obtidos no que respeita à relação entre a resiliência e o CPT. Enquanto no estudo de Levine e colaboradores (2009) a resiliência foi considerada como a ausência de sintomas de PSPT após um EPT, no seu estudo a resiliência refere-se a um conjunto de características avaliadas pela escala de resiliência de Connor e Davidson (2003). Bensimon (2012) acrescenta ainda que tanto a resiliência como o CPT são fatores salutogénicos, e que a resiliência pode persistir perante a adversidade, em conjunto com outros fatores como o CPT.

Outro estudo, realizado com um grupo de sobreviventes de acidentes de veículos automóveis, relatou correlações positivas entre algumas dimensões de CPT (mudanças nas relações com os outros, novas possibilidades e força pessoal) e a resiliência, enquanto outras dimensões (espiritualidade e apreciação da vida) foram positivamente associadas a sintomas de PSPT, sugerindo que o CPT pode não só ser considerado o resultado de estratégias de *coping* bem-sucedidas, mas também como uma estratégia de *coping per si* (Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010).

Ogińska-Bulik (2015) afirma que a resiliência pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento de mudanças positivas após o EPT, e que um *coping* bem-sucedido que resulta em CPT pode, por sua vez, aumentar o nível de resiliência, especialmente através da crença nas capacidades de *coping*.

Perante as inconsistências de resultados sobre a relação entre a resiliência e o CPT e a própria operacionalização dos conceitos, emerge a necessidade de investigações futuras. Neste sentido, a presente investigação procura aprofundar o conhecimento sobre a relação entre a resiliência e o CPT, assim como a sua relação com outras variáveis presentes na adaptação após um EPT, na população jovem-adulta. Explorar as experiências subjetivas dos indivíduos pode fornecer informação importante sobre como promover o seu bem-estar e um melhor ajustamento psicológico durante e após o EPT.

Método

Metodologia

Dado o carácter exploratório da investigação¹, foi decidido utilizar maioritariamente uma abordagem qualitativa, o que permite uma maior compreensão da perceção e significado que os participantes atribuem à vivência do EPT, através da análise interpretativa das suas entrevistas (Zainal, 2007). Alguns autores defendem que a abordagem qualitativa deve ser realizada de forma puramente indutiva, de maneira a permitir a emergência de todos os temas (e.g. Corbin & Strauss, 1990). No entanto, atualmente, tem sido discutido que começar uma análise sem nenhuma revisão teórica é bastante raro (Ali & Birley, 1999). Neste sentido, a presente investigação é fundamentada em alguns construtos teóricos *a priori*, permitindo também a possibilidade de surgirem novos temas ou construtos durante a investigação.

De maneira a complementar à análise qualitativa, foi também realizada uma análise estatística correlacional relativamente a dados obtidos através de questionário com instrumentos que medem, respetivamente, a resiliência e o CPT.

Questão de Investigação Inicial e Mapa Conceptual

Questão de Investigação Inicial

A presente investigação foi baseada na seguinte questão inicial:

“Num evento potencialmente traumático, existe alguma relação entre as características que definem o evento e a resiliência e o crescimento pós-traumático em sobreviventes jovens adultos?”

Mapa Conceptual

A figura 1 representa o mapa conceptual desta investigação, que contém as variáveis consideradas neste estudo, assim como as relações hipotetizadas entre elas. Distinguem-se três conceitos principais: o EPT, a resiliência e o CPT. O EPT inclui diversas variáveis, como o tipo de EPT, o grau de exposição traumática, o significado atribuído ao evento, as consequências do evento, o stress percebido e a sintomatologia associada. A resiliência é uma variável que se sabe estar ligada a diversos construtos, neste caso em particular, foi avaliada tendo em conta as estratégias de coping utilizadas e a perceção de suporte social recebido. O CPT avalia as mudanças positivas que os indivíduos sentiram devido ao

¹ Esta investigação insere-se no projeto de Investigação do Doutoramento em Psicologia Clínica da Dr.^a Joana Faria Anjos, sobre Resiliência e Trauma Psicológico.

acontecimento. As setas representam as interações entre as variáveis que foram estudadas nesta investigação.

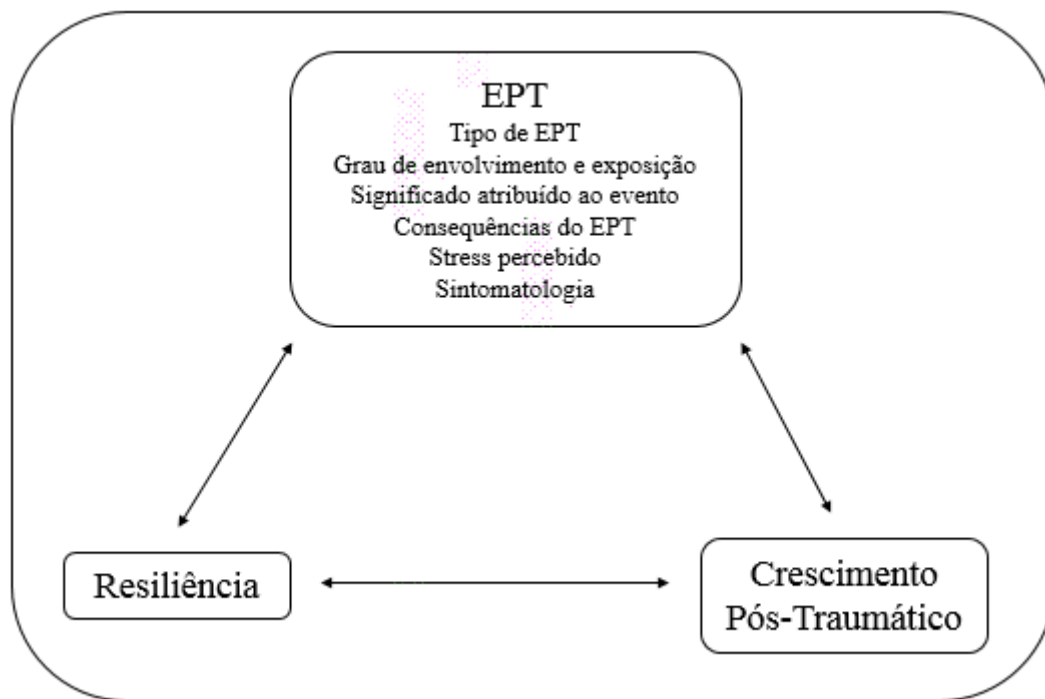


Figura 1 Mapa Conceptual

Objetivos de Investigação

A partir da questão de investigação inicial e do mapa conceitual, foram desenvolvidos os seguintes objetivos:

1. Avaliar se as características que definem o EPT se relacionam com a resiliência e o CPT;
2. Avaliar se existe alguma correlação entre os níveis de resiliência e de CPT;
3. Perceber se os diferentes tipos de EPT considerados nesta amostra (morte inesperada de familiar/amigo por causas naturais/acidente; morte inesperada de familiar/amigo através de suicídio; acidente rodoviário) estão relacionados com sintomatologia específica e com a resiliência e o CPT;
4. Permitir a emergência de novos temas relacionados com o período de adaptação após o EPT.

Questões de Investigação específicas

A partir dos objetivos foi possível desenvolver as seguintes questões de investigação:

1. Será que as características que definem o EPT se relacionam com a resiliência e o CPT?
2. Será que existe alguma correlação entre os níveis de resiliência e do CPT?
3. Será que os diferentes tipos de EPT considerados nesta amostra (morte inesperada de familiar/amigo por causas naturais/acidente; morte inesperada de familiar/amigo através de suicídio; acidente rodoviário) estão relacionados com sintomatologia específica e com a resiliência e o CPT?

Participantes

A amostra desta investigação, composta por indivíduos jovens-adultos, que experienciaram um EPT nos últimos cinco anos, foi obtida através do método bola de neve, um método utilizado frequentemente em casos de populações escondidas (Dragan & Isaic-Maniu, 2013), como sobreviventes de um EPT.

Foram contactados 15 participantes, dos quais 4 desistiram por razões pessoais.

A amostra final ficou composta por 11 participantes (N=11), entre os quais 10 mulheres e 1 homem, com idades compreendidas entre 21 e 24 anos (M=22,7; DP=0,9). Relativamente ao estado civil, todos os participantes eram solteiros. No que respeita à educação, 1 participante concluiu o 12º ano, 8 participantes concluíram a licenciatura e 2 obtiveram o mestrado. No domínio da religião/espiritualidade, 4 participantes afirmaram-se como não sendo crentes, 5 como crentes não praticantes e 2 como crentes praticantes. De todos os participantes, 6 afirmaram ter recebido apoio psicológico no passado.

Relativamente ao tipo de EPT, 3 participantes viveram o suicídio de um familiar/amigo, 4 participantes viveram a morte de um familiar amigo através de causas naturais ou acidente e 4 participantes experienciaram diretamente um acidente rodoviário.

Medidas

Entrevista Semi-Estruturada

A componente qualitativa da investigação foi realizada através de uma entrevista semi-estruturada, que tinha como blocos temáticos os seguintes: Caracterização da situação vivida e das variáveis contextuais (*“Podemos falar um pouco do que aconteceu no dia do_____?”*

Como tomou conhecimento / se apercebeu do que estava a acontecer? Como reagiu ao que estava a acontecer?); significado atribuído ao acontecimento (“O que sentiu naquele momento? Que significado teve para si aquela situação?”); sintomatologia psicológica (“Como se sentiu nos dias a seguir ao acontecimento? Como se tem sentido / como tem passado estes últimos tempos?”); consequências do acontecimento vivido (“De que forma o acontecimento vivido alterou a sua vida? Está a lidar com alguma dificuldade que possa ter surgido devido à situação que viveu? Ganhou algum novo papel ou novas tarefas após o acontecimento?”); stresse percebido (“Como tem sido gerir tudo isto? Que desafios tem sentido que advêm da situação que ocorreu?”); estratégias de coping (“Como tem lidado com estes desafios? O que sente que tem sido uma ajuda para si?”); suporte social (“Como é que a família está a lidar com o que aconteceu? Têm conseguido apoiar-se uns aos outros? Para além da família há mais alguém que esteja a ser particularmente importante para si neste momento?”); espiritualidade (“Considera-se uma pessoa espiritual? Acredita que existe alguma entidade superior? Acha que essa entidade o ajuda a ultrapassar estes momentos difíceis?”); e impacto da crise (“Considera que ter vivido este acontecimento tornou-o numa pessoa diferente? Este acontecimento trouxe mudanças para si? Na forma como vê a sua vida? Ou na forma de se relacionar com os outros? Consegue retirar algo de positivo que esta situação difícil possa ter trazido para a sua vida?”).

CD-RISC

A resiliência foi medida quantitativamente através da aplicação da Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), a versão que foi traduzida e adaptada para a população portuguesa (Faria, Ribeiro & Ribeiro, 2008) (Apêndice 1).

A CD-RISC é composta por 25 itens, com uma escala de cinco pontos que vai de (0) “não verdadeira”, (1) “raramente verdadeira”, (2) “às vezes verdadeira”, (3) “geralmente verdadeira” a (4) “quase sempre verdadeira”.

A escala original possui propriedades psicométricas sólidas (alfa de Cronbach de 0.89 e uma medida de confiabilidade teste-reteste de 0.87), o que permite uma distinção entre indivíduos mais ou menos resilientes (Connor & Davidson, 2003).

A versão portuguesa da escala corrobora a existência de apenas quatro dos cinco fatores existentes na escala original: "Competência Pessoal, Padrões Elevados, Controlo e Tenacidade" (Fator 1), "Confiança nos Instintos, Tolerância de Afetos Negativos e Efeitos Fortalecedores do Stresse" (Fator 2), "Aceitação Positiva da Mudança e Relações Seguras"

(Fator 3), e "Influências Espirituais" (Fator 4). O alfa de Cronbach para a escala completa foi de 0.88 (Faria, Ribeiro & Ribeiro, 2008).

Durante o preenchimento, os participantes atribuíram a cada item um número da escala, os quais foram somados posteriormente, originando um resultado total entre 0 e 100.

PTGI

A avaliação quantitativa do CPT realizou-se com recurso ao Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996), na versão traduzida e adaptada para a população portuguesa (Resende, Sendas, & Maia, 2008) (Apêndice 2). Este instrumento é composto por 21 itens, e embora a versão original seja constituída por cinco fatores – “Relação com os Outros”, “Novas Possibilidades”, “Força Pessoal”, “Mudança Espiritual” e “Apreciação pela Vida” –, a adaptação portuguesa do inventário encontrou apenas três fatores – “Maior Abertura a Novas Possibilidades e Maior Envolvimento nas Relações Interpessoais”, “Mudança na Perceção do *Self* e da Vida” e “Mudança Espiritual”, com valores alfa de Cronbach de .94, .89 e .64, respetivamente. O valor alfa de Cronbach para a escala total, na versão adaptada para a população portuguesa, é de .95. Os participantes responderam ao inventário através de uma escala de *Likert* de seis pontos: (0) “Não Mudei” ou “Mudei mas não foi devido a esse acontecimento”; (1) “Mudei muito ligeiramente”; (2) “Mudei ligeiramente”; (3) “Mudei moderadamente”; (4) “Mudei acentuadamente”; (5) “Mudei muito acentuadamente”.

Durante o preenchimento, os participantes atribuíram a cada item um número da escala, os quais foram somados posteriormente, originando um resultado total entre 0 e 105.

Questionário Sociodemográfico

A informação sociodemográfica de cada participante foi recolhida através de um questionário sociodemográfico, e consistia no seguinte: idade, sexo, residência, estado civil, número de filhos ou dependentes, coabitantes, habilitações literárias, situação profissional, religião, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e consumo de substâncias (Apêndice 3).

Análise de Dados

Esta investigação tem por base uma metodologia qualitativa. Deste modo, cada entrevista foi transcrita integralmente e a informação recolhida foi sujeita a uma análise temática, com recurso ao *software* NVIVO (Versão 11.0 para Windows). Algumas categorias foram criadas *a priori* com base na literatura, de maneira a possibilitar uma abordagem mais

estruturada, permitindo, no entanto, a emergência de novos temas relevantes para cada indivíduo. Tendo em vista uma análise mais completa, foram analisadas tanto a diversidade como a frequência do conteúdo, que foram posteriormente estudadas tendo em conta as restantes medidas.

Esta análise foi complementada por uma metodologia quantitativa, com recurso a um questionário sociodemográfico, à CD-RISC e ao PTGI. A informação recolhida através da CD-RISC e do PTGI foi analisada com recurso ao *software* estatístico SPSS (versão 23.0 para Windows), tendo sido realizada uma análise estatística correlacional. De maneira a integrar a componente quantitativa com a qualitativa, os resultados obtidos nos instrumentos foram posteriormente divididos por níveis de resiliência e de CPT. Como critério para os pontos de corte de cada nível, foi calculada a média e o desvio-padrão dos resultados de cada um dos instrumentos, tendo sido criados três níveis: um nível baixo – que engloba os resultados inferiores a 1 desvio-padrão abaixo da média –, um nível moderado – que engloba os resultados situados entre 1 desvio-padrão abaixo da média e 1 desvio-padrão acima da média – e um nível elevado – que engloba os resultados superiores a 1 desvio-padrão acima da média. Os diferentes níveis da resiliência e do CPT foram posteriormente comparados com as restantes variáveis analisadas ao longo da entrevista, com recurso ao *software* NVIVO (Versão 11.0 para Windows). De maneira a uniformizar as comparações realizadas (para contrabalançar o possível desequilíbrio de número de participantes em cada nível da resiliência e do CPT), ao invés de ser analisado o número de referências total de cada comparação, foi analisada a média do número de referências dos participantes de cada grupo (dividindo o número total de referências de determinada comparação, pelo número de indivíduos que se encontram nesse determinado nível de resiliência ou CPT), o que confere mais precisão aos resultados.

Procedimento

Os participantes desta investigação tinham de preencher os seguintes critérios: idade entre 18 e 25 anos; tinham de ter experienciado um EPT nos últimos cinco anos, sendo que já tivessem idade superior a 18 anos na altura do evento; e o evento não poderia ter ocorrido há menos de seis semanas, de maneira a ser possível observar CPT (Slavin-Spenney et. al, 2011). Esta informação foi disponibilizada a alguns informantes, que posteriormente, através do método bola de neve, conseguiram recrutar os restantes participantes.

Os sujeitos que mostraram interesse em participar disponibilizaram os seus contactos, e foram posteriormente contactados pelo investigador, de modo a assegurar o anonimato, a

confidencialidade e o carácter voluntário da sua participação. Na chamada telefónica foi dada uma breve explicação do estudo, nomeadamente dos seus objetivos e procedimento, assim como da possibilidade de desistir da investigação a qualquer momento, e, seguidamente, foi questionado se aceitavam participar, sendo que todos consentiram. Dos 15 participantes que foram contactados, 4 acabaram por desistir, devido a razões pessoais.

Os encontros decorreram em várias faculdades da Universidade de Lisboa, por serem um local conhecido dos participantes ou perto do seu local de residência, e por não permitirem interrupções nem distrações. No início do encontro, foi explicado aos participantes, com maior detalhe, o contexto da investigação, os seus objetivos e protocolo, após o qual se deu o momento da assinatura do consentimento informado (Apêndice 4). Antes do início das entrevistas, foi questionada a permissão da sua gravação, a qual todos os participantes consentiram. Após a conclusão das entrevistas semiestruturadas, foi aplicada a CD-RISC, de seguida o questionário sociodemográfico e, por fim, o PTGI.

Devido à abordagem de assuntos sensíveis e às exigências emocionais requeridas pela investigação, foram avaliados durante todo o encontro os níveis de sofrimento psicológico dos participantes, e foi-lhes permitido que fizessem uma pausa caso assim o desejassem, havendo a possibilidade de referenciação para serviços de apoio psicológico mediante necessidade.

Resultados e Discussão

A presente investigação contou com a participação de 11 indivíduos que experienciaram um EPT nos últimos cinco anos, com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca da adaptação a este tipo de eventos, na população jovem-adulta. De seguida, é apresentada a análise de conteúdo realizada com recurso ao NVivo, assim como a sua comparação com os vários níveis de resiliência e CPT obtidos através dos instrumentos quantitativos, e a correlação entre estas duas variáveis através do recurso ao SPSS.

Tipo de EPT e Exposição Traumática

Os grupos formados relativamente ao tipo de EPT vivenciado têm uma relação direta com a exposição traumática a que foram sujeitos. Deste modo, 4 participantes, que constituem o grupo dos participantes que experienciaram diretamente um acidente rodoviário, afirmaram que tiveram a perceção de que a sua vida ou integridade física corria perigo. Todos os restantes participantes não reportaram perceção de perigo relativamente ao próprio, mas afirmaram ter perdido pessoas significativas. O segundo grupo, constituído por 4 elementos,

afirmou ter perdido uma pessoa significativa através de morte natural inesperada ou acidente. O último grupo, constituído por 3 elementos, afirmou ter perdido uma pessoa significativa através de suicídio.

Sintomatologia

A sintomatologia foi analisada em dois períodos temporais: logo após o EPT, que se designou por sintomatologia imediata; e no decorrer do tempo, passados vários dias, meses ou até anos, que se designou por sintomatologia que se prolonga no tempo. Todas as referências da sintomatologia imediata foram codificadas nas seguintes categorias: “sintomatologia ansiosa” (*“Eu lembro-me que me sentei no chão, eu estava muito ansiosa, estava muito apertada aqui...”* (I.R.)); “negação” (*“E eu fiquei do género “oh estás a gozar, vai-te lá embora”, não acreditei e andei o dia todo a dizer que era mentira, não acreditei o dia inteiro.”* (D.)); “sintomatologia física” (*“Na altura não me doía nada, mas depois quando comecei a arrefecer, começou a doer-me muito a cervical, eles imobilizaram-me logo, porque é uma zona de risco.”* (M.R.)); e “estado emocional negativo”, que por sua vez se diferencia em “sentimento de luto, tristeza” (*“Depois vim para casa, não me apetecia fazer absolutamente nada, não falava com ninguém. Chorava imenso, fiquei muito apática...”* (S.D.)), “descontrolo emocional” (*“E eu começo a chorar imenso, a soluçar, quase aos berros, estava a chorar imenso, mesmo em pânico, um choro histérico...”* (I.R.)) e “revolta, zanga para com o falecido” (*“Na altura fiquei muito revoltada, fiquei mesmo chateada.”* (S.D.)). Todas as referências da sintomatologia que se prolonga no tempo foram codificadas nas seguintes categorias: “sintomatologia intrusiva e recorrente” (*“Foi mesmo muito complicado... E depois eu sou uma pessoa muito... Tenho muitos pensamentos ruminativos, estou sempre a pensar a mesma coisa.”* (S.V.)); “perturbação dos padrões de sono” (*“E dormir foi muito complicado, não conseguia dormir.”* (A.)); “sintomatologia psicossomática”, que se traduz na “falta de apetite” (*“Depois, eu perdi muito o apetite, eu passei de um 36 para um 32, emagreci bastante.”* (A.)); “sintomatologia ansiosa”, que se diferencia em “medo que o EPT volte a acontecer” (*“Esta questão de ver que uma pessoa aparentemente está bem, mas poder não estar... Isso para mim é um pânico enorme eu perder alguém outra vez. Só de pensar nisso fico... Tenho mesmo muito medo de estar a ver alguém a passar pela mesma situação e não me conseguir aperceber.”* (S.D.)) e “preocupação excessiva” (*“Eu não me preocupava quando a minha irmã ia sair à noite, agora ela vai sair à noite e eu fico à espera que ela chegue e a que horas é que chega...”* (C.)); e, por fim, “estado emocional negativo”, que se diferencia em “altos e baixos, sorrisos e

lágrimas” (“*Há momentos em que me sinto mais em baixo e outros que me sinto não tão em baixo.*” (I.O.)), “sentimento de luto, tristeza” (“*Quando eu recordava, doía-me aqui imenso no peito, dava-me aqui uma dor gigante.*” (I.R.)), “revolta, zanga para com o falecido” (“*Há muitos dias que eu ainda acordo muito revoltada e chateada com ele no fundo.*” (S.D.)) e “sentimento de culpa” (“*Acho que acabamos sempre por ter algum sentimento de culpa. Se estivéssemos lá, o que poderia ter feito...*” (S.V.)).

A Tabela 1 demonstra que todos os participantes reportaram algum tipo de sintomatologia, sendo que 9 participantes reportaram sintomatologia tanto no imediato, quanto ao longo do tempo. No grupo do acidente, é predominante a sintomatologia ansiosa – em que se destaca o medo que o EPT volte a acontecer – e sintomatologia intrusiva – possivelmente devido ao facto de terem experienciado diretamente o EPT e terem sido sujeitos a variados estímulos potencialmente traumáticos, nomeadamente a perceção de que a sua vida corria perigo. Nos grupos de indivíduos que perderam uma pessoa significativa, é predominante o estado emocional negativo – nomeadamente sentimento de luto e raiva/zanga – e sintomatologia ansiosa. Com exceção de um participante (que na entrevista apenas se referiu à adaptação ao longo do tempo), todos os indivíduos que fizeram referência a um estado emocional negativo no imediato após o EPT, também fizeram referência a um estado emocional negativo com o decorrer do tempo.

Em comparação com o grupo do acidente, os grupos que viveram a morte de uma pessoa significativa apresentaram mais sintomatologia. Este resultado aliado à exposição traumática a que cada grupo esteve sujeito, indica que o evento do acidente foi um evento menos exigente para as pessoas que o viveram do que os eventos que resultaram na morte de uma pessoa significativa. Não decorreram danos permanentes do acidente.

Tabela 1 Sintomatologia apresentada de acordo com o tipo de EPT

	Sintomatologia		
	Acidente	Morte natural/acidente	Morte por suicídio
Sintomatologia Imediata	11	12	9
Estado emocional neg.	1	8	7
Sent. luto / tristeza	0	6	2
Descontrolo emoci.	1	1	1
Revolta / zanga	0	1	4
Sintomatologia ansiosa	4	2	1

Negação	0	2	1
Sintomatologia física	6	0	0
Sintomatologia prolongada	11	36	15
Sintomatologia Intrusiva	4	8	0
Pertur. padrões de sono	0	2	1
Sintomatologia ansiosa	6	8	2
Medo que o EPT volte a acontecer	4	2	1
Preocupação excessiva	2	5	0
Sintoma. psicossomática	0	1	1
Falta de apetite	0	1	1
Estado emocional neg.	1	17	11
Altos e baixos, sorrisos e lágrimas	0	5	1
Sentimento de luto, tristeza, sofrimento que dói	0	8	5
Revolta / zanga	0	3	3
Sentimento de culpa	0	1	2

Resiliência e Crescimento Pós-Traumático

A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas da CD-RISC e do PTGI, e a Tabela 3 mostra a correlação entre os resultados obtidos nos instrumentos relativamente à resiliência e ao CPT. Não foi encontrada correlação entre estas duas variáveis.

Tabela 2 Estatísticas Descritivas da Resiliência e do CPT

Estatísticas Descritivas da Resiliência e do CPT					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
CPT (PTGI)	11	18.00	83.00	43.36	18.98
Resiliência (CD-RISC)	11	52.00	85.00	69.91	11.22
N válido	11				

Tabela 3 Correlação entre o resultado total do PTGI e da CD-RISC

Correlação entre o resultado total do PTGI e da CD-RISC			
		PTGI	CD-RISC
CPT	Correlação de Pearson	1	.055
	Sig. (bilateral)		.872
	N	11	11
Resiliência	Correlação de Pearson	.055	1
	Sig. (bilateral)	.872	
	N	11	11

A Tabela 4 descreve os resultados individuais da CD-RISC e do PTGI e a média de cada grupo. Analisando a resiliência de cada grupo, o grupo que experienciou diretamente um acidente rodoviário apresenta níveis de resiliência moderados ($58,68 < x < 81,12$) a elevados ($> 81,12$), e o grupo que vivenciou a morte de uma pessoa significativa por suicídio apresenta níveis de resiliência baixos ($< 58,68$) a moderados ($58,68 < x < 81,12$). O inverso ocorre relativamente ao CPT: o grupo que experienciou diretamente o acidente rodoviário apresenta níveis de CPT baixos ($< 24,38$) a moderados ($24,38 < x < 62,34$), e o grupo que vivenciou a morte de uma pessoa significativa por suicídio apresenta níveis de CPT moderados ($24,38 < x < 62,34$) a elevados ($> 62,34$). Estes resultados suportam a ideia de Tedeschi e Calhoun (1996), de que eventos menos exigentes, como foi considerado o acidente rodoviário, não abalam de forma significativa as estruturas esquemáticas que têm guiado a compreensão, a tomada de decisão e a atribuição de significado dos indivíduos de maneira a eles apresentarem um grande nível de CPT. O suicídio de uma pessoa significativa é considerado como um dos EPTs mais exigentes, por causar mais sofrimento e dificultar a atribuição de significado, o que justifica um maior nível de CPT apresentado.

Tabela 4 Resultados individuais da CD-RISC e do PTGI e média de cada grupo

Resultados individuais da CD-RISC e do PTGI e média de cada grupo				
	Resiliência (CD-RISC)		CPT (PTGI)	
Acidente	72	M=73,75	43	M=33,75
	68		27	
	85		18	
	70		47	

	56		47	
Morte natural / acidente	52	M=65,75	52	M=50,25
	84		83	
	71		19	
Morte por suicídio	56	M=70,33	40	M=47
	78		38	
	77		63	

Esta necessidade de compreensão do acontecimento e dificuldade na atribuição de significado em sujeitos que perderam uma pessoa significativa através de suicídio foi suportada por este estudo (*“Na altura senti-me mesmo super revoltada e cheia de perguntas e “porquê?”, “porque é que isto aconteceu?””* (S.D.)). Além disso, o grupo do acidente foi o que demonstrou mais sucesso na atribuição de significado e se debateu menos com a compreensão do acontecimento (*“Eu acho que as coisas têm uma razão para acontecer, mas o facto de termos todas sobrevivido aquele acidente... não é só um mero acidente, foi uma coisa que...”* (C.)). Este resultado pode também estar relacionado com a menor sintomatologia apresentada por este grupo.

Por outro lado, embora os indivíduos do grupo que experienciaram a morte de uma pessoa significativa por morte natural ou acidente tenham obtido resultados de CPT distribuídos pelos três níveis, é possível afirmar que a média dos resultados de CPT foi a mais elevada dos três grupos. Este resultado vai ao encontro da teoria de Fontana e Rosenheck (1998), que sugere que a relação entre a severidade do trauma e o crescimento aparenta ser curvilínea, em que os benefícios aparentam ser mais fortes nos níveis de exposição intermediários, em vez de níveis altos ou baixos. Através da análise das entrevistas, foi estabelecido que o evento do acidente rodoviário aparenta ser o evento com menos severidade. Relativamente aos grupos que experienciaram a morte de uma pessoa significativa, um dos grupos tem que lidar com o facto acrescido de a morte ter ocorrido através de suicídio, o que a literatura nos indica como sendo um tipo de morte mais exigente para os familiares ou amigos, pelas suas especificidades. Segundo Calhoun e Tedeschi (2006), níveis extremamente elevados de exposição podem não resultar num aumento tão grande do crescimento, pois traumas bastante severos podem sobrecarregar os recursos psicológicos da maioria das pessoas.

Ao comparar os resultados obtidos no PTGI com as referências relativas ao CPT ao longo das entrevistas, foi possível observar uma associação positiva, no sentido em que, em média, os participantes do nível elevado de CPT foram os que fizeram mais referências a

crescimento durante a entrevista e os participantes do nível baixo de CPT foram os que fizeram menos referências a crescimento (Tabela 5). Apesar da pequena dimensão da amostra, o CPT foi avaliado através de dois métodos diferentes, e o facto de as evidências encontradas na análise das entrevistas terem corroborado os resultados obtidos no PTGI, confere mais força e coerência aos resultados.

Tabela 5 Comparação entre o resultado do PTGI e o CPT referido na entrevista, em número de referências

Comparação entre o resultado do PTGI e o CPT referido na entrevista, em número de referências	
	CPT referido na entrevista
CPT (PTGI) baixo (N=2)	4 M=2
CPT (PTGI) moderado (N=7)	17 M= 2.43
CPT (PTGI) elevado (N=2)	11 M=5.50

Relativamente à relação entre a resiliência e a sintomatologia, nomeadamente a sintomatologia intrusiva em concreto, foi possível observar que o grupo de baixa resiliência referiu, em média, mais sintomatologia intrusiva que os outros dois grupos. Estes resultados levantam a hipótese de haver uma associação entre estas duas variáveis (Tabela 6). Contudo, nada nos clarifica acerca da natureza da sua relação, se é a baixa resiliência que origina a existência de sintomatologia intrusiva nesses indivíduos, ou se, pelo contrário, é o facto de estarem sujeitos a sintomatologia intrusiva que os deixa mais vulneráveis e origina o decréscimo da resiliência.

Tabela 6 Comparação entre o nível de Resiliência e a Sintomatologia referida na entrevista, em número de referências

Comparação entre o nível de Resiliência e a Sintomatologia referida na entrevista, em número de referências	
	Sintomatologia intrusiva
Resiliência (CD-RISC) baixa	8 M=2.66

(N=3)	
Resiliência (CD-RISC) moderada	3 M= 0.5
(N=6)	
Resiliência (CD-RISC) elevada	1 M=0.5
(N=2)	

Os níveis do CPT aparentam ter também uma relação com a altura em que o evento ocorreu. Os indivíduos que experienciaram o EPT há mais de 1 ano, apresentam níveis de CPT moderados a elevados; e indivíduos que experienciaram o EPT há menos de 1 ano, apresentam níveis de CPT baixos a moderados, com exceção de um participante (Tabela 7). Este resultado aponta para uma possível influência do fator tempo no crescimento após o trauma.

Tabela 7 Comparação entre o nível de CPT e a altura em que ocorreu o EPT, em número de fontes

Comparação entre o nível de CPT e a altura em que ocorreu o EPT, em número de fontes		
	Há menos de 1 ano	Há mais de 1 ano
CPT (PTGI) baixo	2	0
CPT (PTGI) moderado	4	3
CPT (PTGI) elevado	1	1

Outro resultado que ganhou relevância foi a relação entre o CPT e o estado emocional negativo ao longo do tempo, pois os indivíduos com alto nível de CPT fizeram muito mais referências a um estado emocional negativo do que os indivíduos que apresentaram baixo nível de CPT (Tabela 8). Tendo em conta que o estado emocional negativo implica algum grau de sofrimento psicológico, este estudo vai ao encontro dos pressupostos de Tedeschi e Calhoun (2004), que afirmam que o CPT e o sofrimento psicológico aparentam coexistir. Tal como esses autores afirmam, o CPT não pode ser visto como uma melhoria do bem-estar nem como uma diminuição do sofrimento psicológico, o que indica que estes construtos possam ser independentes.

Tabela 8 Comparação entre o nível de CPT e o estado emocional negativo reportado ao longo do tempo, em número de referências

Comparação entre o nível de CPT e o estado emocional negativo reportado ao longo do tempo, em número de referências	
	Estado emocional negativo
CPT (PTGI) baixo (N=2)	2 M=1
CPT (PTGI) moderado (N=7)	19 M=2.71
CPT (PTGI) elevado (N=2)	8 M=4

Suporte Social

O apoio e suporte social foi uma variável analisada também em dois momentos diferentes: durante e logo após o EPT, e ao longo do tempo. Esta categoria inclui a interação com os profissionais de ajuda, nomeadamente no imediato após o EPT (“apoio dos profissionais de emergência” e “intervenção psicológica em crise”) e ao longo do tempo (“ajuda do psicólogo”), mas daremos destaque ao suporte social recebido e fornecido a pessoas significativas. Todos os indivíduos fizeram referência ao suporte social ao longo da entrevista, sendo que apenas 7 manifestaram ter fornecido apoio a pessoas significativas em determinada altura (*“Estava sempre lá, aliás, eu era daquelas que andava sempre por todo o lado, nunca parei, e tentava sempre saber se precisavam de ajuda.”* (M.R.)). Contextualizando estes dados tendo em conta a informação recolhida sobre os eventos, uma explicação possível para os restantes participantes não terem fornecido apoio remete para eles próprios terem sido as pessoas da sua rede social mais afetadas pelo EPT.

Todos os indivíduos afirmam ter recebido suporte social adequado em determinada altura, quer fosse no imediato após o EPT (*“E logo também no dia do acidente à noite fomos todas jantar e até foi um jornal entrevistar, e foi um sentido de união, porque muitas de nós não somos de cá de Lisboa e foi do género “nós também somos família, podes contar connosco para o que tu precisares”.*” (M.R.)), quer com o decorrer do tempo (*“A minha família, porque eu desde o dia do acidente que não estive sozinha, não estive sozinha nem um segundo, portanto isso foi bom (...) o meu namorado veio de Tavira assim que soube e ficou comigo. E quando ele não estava, vieram as minhas irmãs, eu não dormi sozinha durante*

para aí um mês.” (M.F.)). Apesar disso, 5 indivíduos referem ter recebido, em algum momento, suporte social que perceberam como não sendo adequado (“E depois foi responder a todas as chamadas, as mensagens... Depois estares sempre a dizer a mesma coisa a toda a gente, também foi maçador, eu queria descansar...” (C.)). Apesar das 74 referências relativas ao suporte social recebido, houve também 11 referências alusivas à ausência de suporte social em alturas de necessidade, referidas por 5 participantes (“Eu não considero o meu pai uma pessoa particularmente forte ao lidar, (...) não senti que fosse um pilar, (...) nessa altura quem tomava as decisões quase todas era eu, porque o meu pai estava muito, muito, não tinha cabeça para decidir nada” (T.)).

Relacionando o suporte social com a resiliência, todos os indivíduos com nível de resiliência elevado afirmam ter recebido sempre suporte social adequado (Tabela 9). Por outro lado, todos os indivíduos com nível baixo de resiliência demonstraram ausência de apoio ou apoio desadequado, em determinado momento (Tabela 10). Estes resultados corroboram as evidências encontradas na literatura de que o suporte social é um fator promotor de resiliência (Bonanno et al., 2007; Horton & Wallander, 2001; King et al., 1998).

Tabela 9 Comparação entre o nível da Resiliência e o Suporte Social recebido, em número de referências

Comparação entre o nível da Resiliência e o Suporte Social recebido, em número de referências			
	Adequado	Não adequado	Ausente
Resiliência (CD-RISC) baixa	22	3	8
Resiliência (CD-RISC) moderada	26	5	3
Resiliência (CD-RISC) elevada	7	0	0

Tabela 10 Comparação entre o nível da Resiliência e o Suporte Social recebido, em número de fontes

Comparação entre o nível da Resiliência e o Suporte Social recebido, em número de fontes			
	Adequado	Não adequado	Ausente
Resiliência (CD-RISC) baixa (N=3)	3	1	3
Resiliência (CD-RISC) moderada (N=6)	6	4	2

Resiliência (CD-RISC) elevada
(N=2)

2

0

0

Estratégias de Coping

O nó das “estratégias de coping” foi igualmente introduzido nos dois momentos temporais, no imediato após o EPT e ao longo do tempo. Em ambos os momentos, as estratégias de coping foram divididas do seguinte modo: “estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas”, “estratégias de coping orientadas para a regulação emocional” e “evitamento” (incluindo as “estratégias que permitem o evitamento” na adaptação ao longo do tempo (“*E gosto muito de ler e ver séries e filmes, o que acaba por me transportar para outro mundo, esqueço-me um bocadinho de tudo o resto.*” (A.))).

A Tabela 11 mostra que todos os indivíduos utilizaram estratégias de coping, tendo a maioria referido tanto estratégias no momento do EPT como ao longo do tempo. No momento do EPT, permaneceram as estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas, em todos os grupos (“*Estava tudo escuro à minha frente e só via uma luz, de um dos vidros de emergência que se tinha partido, uma “luz ao fundo do túnel” e comecei a gatinhar pelo corredor, saí por aí e tive aquela reação de começar a correr porque na minha cabeça pensava que o autocarro ia explodir.*” (M.R.)). Com o decorrer do tempo, evidenciam-se em maior número as estratégias de evitamento (“*Eu é que tento constantemente não pensar no assunto, não falar do assunto. Eu não falo disto, não falo da morte da minha irmã, não falo da morte do meu pai, não falo com ninguém. Eu tento não pensar no assunto e não falar no assunto.*” (S.V.)), em todos os grupos, seguidas de estratégias de regulação emocional (“*Depois passei por uma fase em que, também por causa do psicólogo, falava bastante do assunto e pensava bastante nisso. Falava com o psicólogo e também com a minha mãe e as minhas amigas, pessoas mais próximas.*” (S.D.)). Os grupos que experienciaram a morte de uma pessoa significativa recorreram mais ao evitamento do que o grupo do acidente. Além disso, ao relacionar as estratégias de coping com a sintomatologia, foi também possível observar que todos os indivíduos que viveram a morte de uma pessoa significativa (7 participantes) apresentaram simultaneamente evitamento ao longo do tempo e um estado emocional negativo. Estes resultados, associados à maior sintomatologia demonstrada pelos grupos que sofreram a perda de um ente-querido, podem indicar que estes indivíduos, como sofreram um acontecimento mais exigente, utilizam o evitamento como uma estratégia para diminuir o sofrimento (“*Ou então ia distrair-me com os*

meus amigos, evitava estar sozinha para não me vir nenhum pensamento que me deixasse em baixo.” (A.). De um modo geral, os grupos que experienciaram a morte de uma pessoa significativa referem mais estratégias de coping no período posterior ao acontecimento que o grupo do acidente. Este incremento pode dever-se ao facto de as situações de morte implicarem necessariamente mudanças significativas a longo prazo (ausência física da pessoa falecida, por exemplo) na vida dos sobreviventes, requerendo assim mais esforços de adaptação.

Tabela 11 Estratégias de Coping utilizadas de acordo com o tipo de EPT

	Estratégias de Coping		
	Acidente	Morte natural/acidente	Morte por suicídio
Estratégias de Coping imediatas	16	9	2
Orientadas para a regulação emocional	2	2	0
Orientadas para a resolução de problemas	14	4	1
Evitamento	0	3	1
Estratégias de Coping ao longo do tempo	4	19	12
Orientadas para a regulação emocional	1	5	4
Orientadas para a resolução de problemas	0	1	1
Evitamento	3	15	7
Estratégias que permitem evitamento	0	4	3

Relacionando as estratégias de coping com a resiliência, foi possível observar que todas as pessoas com baixo nível de resiliência referem estratégias de evitamento, o que não ocorreu para mais nenhum dos grupos (Tabela 12). Além disso, cada participante do grupo de resiliência baixa refere, em média, mais estratégias de evitamento que o grupo de resiliência moderada, que, por sua vez, refere em média mais estratégias de evitamento que o grupo de

resiliência elevada (Tabela 13). Estes resultados sugerem uma associação negativa entre os níveis de resiliência e a frequência de utilização de estratégias de evitamento.

Tabela 12 Comparação entre o nível de Resiliência e Evitamento, em número de fontes

Comparação entre o nível de Resiliência e Evitamento, em número de fontes	
	Evitamento
Resiliência (CD-RISC) baixa (N=3)	3
Resiliência (CD-RISC) moderada (N=6)	4
Resiliência (CD-RISC) elevada (N=2)	1

Tabela 13 Comparação entre o nível de Resiliência e Evitamento, em número de referências

Comparação entre o nível de Resiliência e Evitamento, em número de referências	
	Evitamento
Resiliência (CD-RISC) baixa (N=3)	15 M=5
Resiliência (CD-RISC) moderada (N=6)	11 M=1.83
Resiliência (CD-RISC) elevada (N=2)	3 M=1.5

É possível levantar a hipótese de o evitamento estar também relacionado com perturbação dos padrões de sono, na medida em que todas as pessoas que apresentaram perturbação nos padrões de sono referiram estratégias de evitamento. Ainda que tenham sido apenas duas pessoas, esta é uma relação que deve ser estudada mais aprofundadamente em investigações futuras.

Fatores de Stresse

Durante a análise das entrevistas foram surgindo várias referências relativas a fatores de stresse ou exigências que se prolongam no tempo, que derivam do EPT. Apesar de todos os fatores de stresse derivarem do EPT, surgiram alguns que estavam diretamente relacionados com o evento em si, como fatores que recordam o EPT ou a pessoa falecida (*“Dói-me imenso, e eu tenho muita atenção às datas, por exemplo, eu vivo todos os dias 11 de uma forma diferente que vivo outros dias do mês, (...) é um dia em que eu estou mais triste.”* (I.R.)), outros fatores relacionados com as relações interpessoais, nomeadamente tensão familiar e afastamento do próprio e da rede social (*“Comecei a afastar um bocado as pessoas, a partir dessa altura.”* (D.)), e ainda fatores que dizem respeito apenas ao próprio (*“Depois do funeral, eu não queria fazer nada, não fui às aulas, nós começamos a época de exames em Janeiro, mas temos de começar a estudar muito antes porque é muita coisa, e eu também não estudava nada... Eu estive à volta de um mês e meio sem tocar em nada.”* (S.D.)).

Todos os participantes referiram algum tipo de fatores de stresse, mas os mais referidos foram os fatores de stresse relativos ao acontecimento. O grupo do acidente foi o único que não reportou fatores de stresse relativos às relações interpessoais (ver Tabela 14), o que levanta a hipótese de a morte de um ente-querido ser um acontecimento que provoca alguma tensão entre as pessoas que experienciam a perda e a sua rede social.

Tabela 14 Comparação entre o Tipo de EPT e os Fatores de Stresse, em número de referências

Comparação entre o Tipo de EPT e os Fatores de Stresse, em número de referências			
	Acidente	Morte natural/acidental	Morte por suicídio
Fatores de stresse relativos ao acontecimento	7	5	4
Fatores de stresse relativos ao próprio	4	2	4
Fatores de stresse relativos às relações interpessoais	0	5	6

Na análise da relação entre a sintomatologia e os fatores de stresse, observou-se que todas as pessoas que apresentavam sintomatologia ansiosa referiam fatores de stresse

relativos ao acontecimento, mais concretamente 8 indivíduos (*“Ainda ontem vim de autocarro para cima e não deixo de fazer as coisas, mas não consigo vir descansada. Vem sempre um bocadinho aquele nervoso miudinho e agora ponho sempre cinto de segurança, porque no nosso acidente a maioria não levava...”* (M.)). Uma possível explicação, tal como retrata o exemplo referido, é os fatores de stresse poderem causar a sintomatologia ansiosa. Além disso, verificou-se também que todas as pessoas que demonstravam uma necessidade de compreensão do acontecimento, referiam também fatores de stresse relativos ao acontecimento (5 indivíduos). A necessidade de compreensão do acontecimento implica que o indivíduo reflita sobre o EPT e tente fazer sentido do que aconteceu, o que leva a o mesmo se recorde frequentemente do EPT ou da pessoa que terá falecido; estas recordações podem causar stresse no indivíduo, podendo deste modo ser consideradas como fatores de stresse, o que poderá justificar a relação entre estas duas variáveis.

Durante a análise das entrevistas, foi possível observar a saliência de certos fatores de stresse característicos da faixa-etária estudada. Janowiak, Meital e Drapkin (1995) afirmam que pode ser particularmente difícil para os jovens adultos lidar com a perda de um ente-querido ao mesmo tempo que tentam ganhar a sua independência. Para aqueles que já saíram de casa, podem ter que regressar durante um período de tempo, para darem apoio à família, por exemplo (*“Depois houve uma altura que foi pior, em que eu estive a estagiar dois meses em Santarém, porque senti que devia voltar um período a casa, a minha mãe precisava de mim, e aí sim, foi pior...”* (A.)). Para aqueles que ainda residiam com a família, as mudanças podem não ser tão drásticas, no entanto, por vezes, podem ter de adquirir novos papéis ou tarefas. Embora a aquisição de novos papéis seja uma etapa normativa do ciclo de vida, por vezes, neste contexto de adaptação a um evento exigente, tais mudanças podem constituir uma fonte de stresse, os filhos podem ter de adquirir novas tarefas para as quais não se sentem preparados (*“Uma pessoa com 20 anos não está preocupada com certas coisas em questões financeiras ou em questões de ligar à família, estar preocupado com as personalidades encaixarem umas nas outras, ser o equilíbrio entre a casa e entre a família em geral propriamente dita e houve alturas em que eu fiz isso e devia ser ao contrário, devia ser eu procurar o meu pai para fazer isso...”* (T.)).

Conclusões, Limitações e Investigações Futuras

A presente investigação tem como objetivo contribuir para o conhecimento já existente acerca da adaptação individual após um EPT. A amostra utilizada foi constituída por jovens-adultos, uma faixa-etária que até à data, na população portuguesa, tem sido alvo de poucos estudos, sendo desta forma realçada a relevância desta investigação. Este estudo não foi planificado de modo a provar a existência de relações entre as variáveis, mas sim, de forma a propor possíveis associações entre elas, com o objetivo de serem tidas em consideração em investigações futuras, dotadas de amostras maiores e mais representativas.

Uma das questões ainda por esclarecer na literatura é a relação entre o CPT e o ajustamento psicológico. Tedeschi e Calhoun (2004) defendem que é necessário sofrimento psicológico, de maneira a iniciar e aumentar o processo do CPT. A presente investigação aparenta fortalecer esta teoria, na medida em que os grupos que experienciaram a morte de uma pessoa significativa apresentaram um nível de CPT bastante mais elevado que o grupo do acidente, e serem também esses primeiros grupos a apresentar mais referências relativas a um estado emocional negativo, que implica um certo grau de sofrimento psicológico. No entanto, existem também na literatura evidências que suportam uma relação positiva entre o ajustamento psicológico e o CPT. Zoellner e Maercker (2006) afirmam que estudos longitudinais sobre o CPT normalmente mostram uma relação positiva entre o CPT e o ajustamento, enquanto os estudos transversais tendem a ser mais inconclusivos. Devido a estas incertezas, surge a relevância de aprofundar mais a relação entre estes dois construtos, de forma a saber se o CPT pode ser usado como um preditor do bem-estar psicológico em sobreviventes de EPTs, e inclusive se o CPT deverá ser promovido por profissionais de saúde. Perante evidências de uma relação negativa entre o CPT e o ajustamento psicológico, levantam-se várias questões éticas e morais acerca da sua promoção junto dos sobreviventes.

A principal razão para este tipo de investigações com recurso a populações mais vulneráveis, manifesta-se na necessidade de compreender o processo de adaptação dos sobreviventes a EPTs, de maneira a que os profissionais de ajuda possam auxiliar as pessoas da melhor maneira possível, tendo por fim o seu bem-estar psicológico. Apesar de existirem questões éticas, e dever sempre existir o cuidado de evitar o risco de retraumatização e de causar qualquer tipo de sofrimento psicológico às vítimas, é apenas através da perceção e experiência subjetiva destas que é possível compreender a *gestalt* de todo este processo. Tendo em vista o aprofundamento do conhecimento sobre esta área, assim como a construção de *guidelines* ou tipos de intervenção mais adequados a ter com esta população, é importante compreender alguns dos fatores que influenciam o bem-estar psicológico destes indivíduos.

A presente investigação encontrou uma associação entre estratégias de evitamento e baixo nível de resiliência, o que deve ser tido em conta na intervenção psicológica. Contudo, estudos mais aprofundados sobre evitamento devem ser conduzidos, pois existem vários autores, como Beasley e colaboradores (2003), que verificaram que *coping* distrativo reduz os sintomas somáticos nas mulheres, o que pode indicar que, em certas situações, o evitamento pode ter efeitos benéficos.

Relativamente ao suporte social, o suporte social presente e adequado foi relacionado positivamente com a resiliência, o que está de acordo com as evidências de variados autores que associam o suporte social a trajetórias de resiliência e a um bom ajustamento (Horton & Wallander, 2001; King, King, Fairbank, Keane, & Adams, 1998).

É também essencial ter um bom conhecimento acerca dos fatores de stresse que se prolongam ao longo do tempo, de maneira a conseguir diminuir o impacto desses fatores, assim como a sintomatologia associada, pois a presente investigação levanta a hipótese de os fatores de stresse estarem diretamente relacionados com uma maior sintomatologia, nomeadamente sintomatologia ansiosa. Foram identificados fatores de stresse específicos dos jovens adultos, uma população já dotada de certo nível de responsabilidade e autonomia, qualidades que se podem alterar devido a um evento capaz de provocar grandes mudanças na estrutura familiar. Alguns jovens podem ter de regressar a casa para dar apoio aos restantes membros da família, assim como outros podem ter que passar a realizar tarefas ou desempenhar papéis que não eram da sua responsabilidade até à data.

Não é apenas o acompanhamento psicológico ao longo do tempo que pode beneficiar esta população. A intervenção psicológica em crise, no imediato após o EPT, pode também ser uma mais-valia, na medida em que pode diminuir a exposição traumática a que as vítimas são expostas, assim como ajudá-las a processar o que aconteceu, o que pode trazer benefícios para o bem-estar psicológico a longo prazo. Nesta investigação, os dados sugeriram uma relação entre o estado emocional negativo no imediato após o EPT e com o decorrer do tempo. Se as equipas de intervenção psicológica em crise, ou mesmo outros profissionais que lidem com o trauma psicológico, estiverem conscientes do impacto potencialmente nefasto de alguns estímulos associados à vivência de um EPT, assim como dos benefícios associados a certas estratégias e medidas, é potenciada uma melhor adaptação, tanto a curto quanto a longo prazo, dos sobreviventes.

Este tipo de investigações, em que a população – sobreviventes a um EPT – é considerada uma população escondida, acarreta prontamente dois tipos de limitações. A primeira limitação refere-se ao método de amostragem. O método utilizado nesta

investigação, a bola de neve, é um método comumente utilizado para aceder a este tipo de populações, e, embora seja bastante útil para investigações qualitativas e exploratórias, está associado também a certas desvantagens, como a dependência dos investigadores de certos informantes encarregados de reunir os outros participantes, assim como a obtenção de uma amostra final que possui mais similaridades que uma amostra totalmente aleatória, o que pode influenciar os resultados. A segunda limitação diz respeito ao tamanho da amostra, pois sendo uma população de difícil acesso, é difícil conseguir um grande número de participantes, sendo esta outra das limitações desta investigação, o que dificulta uma representação e comparação eficiente de cada grupo e de certas subcategorias de variáveis. Investigações futuras deveriam considerar amostras maiores, de maneira a atenuar o viés de seleção e obter uma amostra representativa da população, e a permitir uma representação mais eficaz dos vários grupos e comparação de categorias. Uma das limitações da presente investigação prende-se com o facto suprarreferido: devido à dificuldade na obtenção da amostra, todos os participantes do grupo que experienciou um acidente rodoviário estiveram presentes no mesmo acidente, podendo influenciar os resultados obtidos.

A presente investigação não encontrou correlação entre a resiliência e o CPT. Apesar disso, a pequena dimensão da amostra e o facto de ser pouco representativa da população, podem ter exercido influência sobre os resultados. Deste modo, investigações futuras devem continuar a explorar relação entre estas duas variáveis.

Devido à dificuldade em adquirir uma amostra heterogénea a nível sociodemográfico, não foi possível fazer comparações com este tipo de variáveis, pois apenas foi possível incluir um participante do sexo masculino, e a nível de habilitações literárias e estado civil não houve diferenças relevantes presentes na amostra.

Durante a realização da entrevista e, posteriormente, na análise dos dados, foi analisada a sintomatologia que cada participante experienciou no momento do EPT e depois ao longo do tempo. O facto de não ter sido analisada especificamente a sintomatologia atual no momento da entrevista, impossibilita uma comparação exata entre a sintomatologia e a resiliência, devido às duas variáveis corresponderem a períodos temporais diferentes.

Outra das limitações desta investigação prende-se com o facto de ser um estudo transversal. A resiliência e o CPT, quando conceptualizados enquanto processo, são suscetíveis a mudança e podem variar conforme as circunstâncias. O tempo decorrido desde o trauma pode exercer alguma influência sobre o grau de CPT apresentado. Na presente investigação, os resultados levantam a hipótese de o tempo ser um fator que potencia o CPT, no entanto, investigações futuras devem aprofundar esta questão. Um estudo longitudinal

permitiria avaliar estas variáveis antes e após o EPT, permitindo saber se o EPT originou alguma mudança na resiliência e CPT de cada indivíduo, assim como distinguir se as diferenças entre grupos destas variáveis se deveriam ao tipo de EPT que viveram ou a diferenças inerentes aos próprios indivíduos (por exemplo, será que os níveis de resiliência e CPT apresentados após o evento se devem ao tipo de evento que experienciaram? Ou o tipo de evento não teve qualquer importância e os participantes já apresentavam estas discrepâncias anteriormente ao EPT?). Além disso, o PTGI questiona que mudanças a pessoa sente que ocorreram devido ao evento, o que implica que cada indivíduo tenha grandes capacidades de autoconsciência e autoconhecimento. Se houvesse uma linha de base anterior ao EPT e uma medida do CPT após o evento, os resultados seriam dotados de muito mais precisão, o que também se aplica à resiliência. Gunty e colaboradores (2011) afirmam que para avaliar a relação entre o CPT percebido e o real seriam necessários estudos longitudinais, que avaliassem a mudança real desde o pré-trauma até ao pós-trauma. No entanto, esse tipo de estudos é muito difícil de realizar com estas populações, pois os investigadores não sabem previamente quem vai experienciar um EPT.

Um dos contributos desta investigação prende-se com um maior insight acerca da vivência de um EPT para um jovem adulto, incluindo os desafios com que têm de lidar inerentes a qualquer faixa-etária que experiencia um acontecimento tão exigente, como as especificidades próprias desta população. Estes resultados podem ser um ponto de partida para investigações futuras. Apesar de o estudo das relações entre variáveis beneficiar de uma amostra mais ampla e diversa, há que realçar as vantagens em estudar populações específicas, com o objetivo de desenvolver intervenções específicas de maneira a melhorar a resposta de adaptação dos indivíduos a um EPT.

Referências

- Ali, H., & Birley, S. (1999). Integrating deductive and inductive approaches in a study of new ventures and customer perceived risk. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2(2), 103–110. <https://doi.org/10.1108/13522759910270016>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Anderson, K. M., & Manuel, G. (1994). Gender differences in reported stress response to the Loma Prieta earthquake. *Sex Roles*, 30(9), 725–733.
- Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 31(21), 1709–1733. <https://doi.org/10.1080/09638280902738441>
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34(1), 77–95.
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>
- Berson, R. J. (1988). A Bereavement Group for College Students. *Journal of American College Health*, 37(3), 101–108. <https://doi.org/10.1080/07448481.1988.9939050>
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Minnesota symposia on child psychology*, 13, pp. 39-101.

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the Face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 135–138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity - trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience: Annual Research Review - Positive adjustment to adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378–401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>
- Bonanno, G. A., Field, N. P., Kovacevic, A., & Kaltman, S. (2002). Self-Enhancement as a Buffer Against Extreme Adversity: Civil War in Bosnia and Traumatic Loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(2), 184–196. <https://doi.org/10.1177/0146167202282005>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181–186.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671–682. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671>
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potential Trauma. *PEDIATRICS*, 121(2), 369–375. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1648>

- Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). The Temporal Elements of Psychological Resilience: An Integrative Framework for the Study of Individuals, Families, and Communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139–169. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.992677>
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Butler, L. D., Blasey, C. M., Garlan, R. W., McCaslin, S. E., Azarow, J., Chen, X.-H., ... others. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology*, 11(4), 247.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. *Handbook of posttraumatic growth: Research and Practice*, 3–23.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585–599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Cho, D., & Park, C. L. (2013). Growth following trauma: Overview and current status. *Terapia Psicológica*, 1(1), 69–79.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Zeitschrift für Soziologie*, 19(6), 418–427.

- Dragan, I.-M., & Isaic-Maniu, A. (2013). Snowball sampling completion. *Journal of Studies in Social Sciences*, 5(2). Retrieved from <http://www.infinitypress.info/index.php/jsss/article/view/355>
- Faria, J., Ribeiro, M. T., & Ribeiro, M. (2008). *Psychometric evaluation of the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in the Portuguese population*. Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Figley, C. R., & McCubbin, H. I. (1984). Stress and the Family. Coping With Catastrophe. *Family Systems Medicine*.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (1998). Psychological benefits and liabilities of traumatic exposure in the war zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 485-505.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief, and the Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(1), 31–65. <https://doi.org/10.1080/10720530500311182>
- Gunty, A. L., Frazier, P. A., Tennen, H., Tomich, P., Tashiro, T., & Park, C. (2011). Moderators of the relation between perceived and actual posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 61–66. <https://doi.org/10.1037/a0020485>
- Hauser, M. J. (1987). Special aspects of grief after a suicide. In Dunne, E. J., McIntosh, J. L., & Dunne-Maxim, K. (Eds.), *Suicide and Its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors*, (pp. 57-70). New York, NY, US: WW Norton & Co Inc.

- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797–816. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>
- Holland, J. M., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. *Omega-Journal of Death and Dying*, 53(3), 175–191.
- Horton, T. V., & Wallander, J. L. (2001). Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical conditions. *Rehabilitation Psychology*, 46(4), 382–399. <https://doi.org/10.1037//0090-5550.46.4.382>
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. *Resiliência: Descobrindo as Próprias Fortalezas*, 23–38.
- Janowiak, S. M., Meital, R., & Drapkin, R. G. (1995). Living with loss: A group for bereaved college students. *Death Studies*, 19(1), 55–63. <https://doi.org/10.1080/07481189508252713>
- Jeavons, S. (2000). Predicting who suffers psychological trauma in the first year after a road accident. *Behaviour Research and Therapy*, 38(5), 499-508.
- Jeavons, S., Greenwood, K. M., & Horne, D. J. de L. (1998). Psychological symptoms in rural road trauma victims. *Australian Journal of Rural Health*, 6(1), 52–57.
- Keltner, D., & Bonanno, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 687.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 420–434.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.2.420>
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 282–286. <https://doi.org/10.1002/jts.20409>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11–21.
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41–48.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(8), 971–985.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20283>
- Mayou, R., Bryant, B., & Ehlers, A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1231–1238.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242–250.
- Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006). Continuing Bonds and Reconstructing Meaning: Mitigating Complications in Bereavement. *Death Studies*, 30(8), 715–738.
<https://doi.org/10.1080/07481180600848322>
- Neimeyer, R. A., Laurie, A., Mehta, T., Hardison, H., & Currier, J. M. (2008). Lessons of loss: Meaning-making in bereaved college students. *New Directions for Student Services*, 2008(121), 27–39. <https://doi.org/10.1002/ss.264>
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 7.

- Ogińska-Bulik, N. (2015). The Relationship Between Resiliency and Posttraumatic Growth Following the Death of Someone Close. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 71(3), 233–244. <https://doi.org/10.1177/0030222815575502>
- Peres, J. F. P., Moreira-Almeida, A., Nasello, A. G., & Koenig, H. G. (2007). Spirituality and Resilience in Trauma Victims. *Journal of Religion and Health*, 46(3), 343–350. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9103-0>
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. de. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135–143.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 71–83. <https://doi.org/10.1002/jclp.10117>
- Resende, C., Sendas, S., & Maia, Â. (2008). Estudo das características psicométricas do Posttraumatic Growth Inventory–PTGI–(Inventário de Crescimento Pós-Traumático) para a população portuguesa. Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11225>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316.
- Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/1367467032000157981>
- Silverman, E., Range, L., & Overholser, J. (1995). Bereavement from Suicide as Compared to other Forms of Bereavement. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 30(1), 41–51. <https://doi.org/10.2190/BPLN-DAG8-7F07-0BKP>

- Slavin-Spenny, O. A., Cohen, J. L., Oberleitner, L. M., & Lumley, M. A. (2011). The effects of different methods of emotional disclosure: differentiating post-traumatic growth from stress symptoms. *{Citation}*(10), 993-1007. doi:10.1002/jclp.20750.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2001). Models of coping with bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 375-403). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks: Sage.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: ‘Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence’. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Torres Bernal, A., & Mille, D. (2011). Healing from Trauma: Utilizing Effective Assessment Strategies to Develop Accessible and Inclusive Goals. *Kairos, Slovenian Journal of Psychotherapy*, 5.
- Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology*, 56(3), 417–427. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>
- Wheaton, B. (1990). Life transitions, role histories, and mental health. *American Sociological Review*, 55, 209.
- Wilson, J.P., & Keane, T.M. (2004). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

- Yanez, B. R., Stanton, A. L., Hoyt, M. A., Tennen, H., & Lechner, S. (2011). Understanding Perceptions of Benefit Following Adversity: How Do Distinct Assessments of Growth Relate to Coping and Adjustment to Stressful Events? *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(7), 699–721. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.7.699>
- Zainal, Z. (2007). Case study as a research method. *Jurnal Kemanusiaan, 9*. Retrieved from http://www.management.utm.my/jurnalkemanusiaan/attachments/article/163/JK9_163.pdf
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

Apêndices

Apêndice 1

POR FAVOR COMPLETE COM CANETA PRETA.

Connor-Davidson - Escala de Resiliência (CD-RISC)

iniciais do nome BI data / /

idade estado civil ☐ casado(a) ☐ separado(a) ☐ viúvo(a) ☐ solteiro(a) ☐ divorciado(a)

sexo ☐ masculino ☐ caucasiana ☐ asiática ☐ feminino ☐ africana ☐ outr a

raça ou origem étnica

Por favor indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si nesta última semana. Se alguma destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivessem ocorrido.

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
1 Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2 Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob stress.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3 Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4 Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5 Os sucessos do passado dão-me confiança para lidar com os novos desafios e dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6 Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7 Ter de lidar com o stress torna-me mais forte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8 Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9 Bem ou Mal, acredito que a maioria das coisas acontece por uma razão.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10 Eu dou o meu melhor independentemente dos resultados que possa vir a ter.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11 Eu acredito que posso atingir os meus objectivos, mesmo que existam obstáculos.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12 Mesmo quando as coisas parecem não ter solução, eu não desisto.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

iniciais do nome

BI

data

 / /

visita

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
13 Durante momentos de stress / crise, eu sei onde procurar ajuda.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14 Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15 Eu prefiro liderar na resolução de problemas, do que deixar que os outros tomem todas as decisões.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16 Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17 Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18 Eu consigo tomar decisões pouco populares ou difíceis com implicações para outras pessoas, se necessário.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19 Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20 Ao lidar com os problemas da vida, às vezes temos que agir por impulso, sem olhar para o porquê.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21 Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22 Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
23 Eu gosto de desafios.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
24 Eu trabalho para atingir os meus objectivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
25 Eu orgulho-me dos sucessos que alcanço.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida de nenhuma forma, ou por qualquer meio, electrónico ou mecânico, incluindo fotocópia, ou por qualquer sistema de armazenamento ou recuperação de informação, sem permissão por escrito de Dr. Davidson: Box 3812, Duke University Medical Center, Durham NC 27710; e-mail: david011@mc.duke.edu.

Apêndice 2

I.C.P.T.

(Tedeschi & Calhoun, 1996; tradução de Sendas, Resende e Maia, 2007)

Em relação ao acontecimento em questão indique, por favor, o quanto sente que mudou em consequência desse acontecimento.

Não Mudei					
Ou					
Mudei mas não	Mudei muito	Mudei	Mudei	Mudei	Mudei muito
foi devido a esse	ligeiramente	ligeiramente	moderadamente	acentuadamente	acentuadamente
acontecimento					

Para as afirmações que se seguem, indique o grau em que essa mudança ocorra na sua vida como resultado desse acontecimento.

Não	Mudei muito	Mudei	Mudei	Mudei	Mudei muito
Mudei	ligeiramente	ligeiramente	moderadamente	acentuadamente	acentuadamente
0	1	2	3	4	5

1- Mudei as minhas prioridades (mudei o valor) acerca do que é importante na vida.

2- Dou mais valor à minha vida.

3- Tenho novos interesses.

4- Confio mais em mim próprio.

5- Tornei-me uma pior pessoa.

6- Compreendo melhor a espiritualidade.

7- Percebo mais claramente que posso contar com as outras pessoas nos momentos difíceis.

8- Estabeleci um novo rumo para a minha vida.

9- Sinto-me mais próximo das outras pessoas.

10- Agora sei até que ponto pode chegar a crueldade humana.

11- Consigo transmitir mais as minhas emoções.

12-	Agora sei que sou capaz de lidar com situações difíceis.
13-	Sou capaz de fazer coisas melhores com a vida.
14-	Perdi muito da minha fé e crença em Deus.
15-	Aceito melhor a forma como as coisas são.
16-	Agora percebo o quanto o mundo pode ser injusto.
17-	Aprecio mais cada dia da vida.
18-	Apareceram oportunidades que não teriam aparecido de outra forma.
19-	Sinto mais compaixão pelas outras pessoas.
20-	Percebi que não existem amigos verdadeiros.
21-	Esforço-me mais nos meus relacionamentos.
22-	É mais provável eu mudar as coisas que precisam ser mudadas.
23-	Tomei-me insensível aos pequenos problemas dos outros.
24-	Tenho uma fé religiosa mais forte.
25-	Descobri que sou mais forte do que pensava.
26-	Percebi que há muitos acontecimentos maus que não podemos evitar.
27-	Aprendi que as pessoas podem ser maravilhosas.
28-	Aceito melhor o facto de precisar dos outros.

Apêndice 3

Questionário Geral

Idade _____ anos

Sexo Feminino ☐₁ Masculino ☐₂

Residência

Concelho _____

Distrito _____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil

Solteiro(a) ☐₁

Víuvo(a) ☐₄

União de facto ☐₂

Separado(a) ☐₅

Casado(a) ☐₃

Divorciado(a) ☐₆

O *acontecimento vivido* alterou o seu estado civil?

Não ☐₁

Sim ☐₂

Filhos

Não ☐₁

Sim ☐₂

Número de filhos _____

Dos quais, dependentes? _____

Outras pessoas dependents

Não ☐₁

Sim ☐₂

Quantas? _____

Actualmente vive com

Pai e mãe juntos ☐₁

Família Adoptiva ☐₇

Pai ☐₂

Namorado(a)/Companheiro (a) ☐₈

Mãe ☐₃

Cônjuge ☐₉

Irmãos ☐₄

Amigos ☐₀

Filhos ☐₅

Sozinho(a) ☐₁

Outros familiares ☐₆

O *acontecimento vivido* alterou as pessoas com quem vive?

Não ☐₁

Sim ☐₂

Habilitações literárias

Até ao 9º ano ☐₁

Bacharelato ☐₆

Até ao 12º ano	<input type="checkbox"/> 2	Licenciatura	<input type="checkbox"/> 7
Frequência de Curso Profissional	<input type="checkbox"/> 3	Pós-Graduação	<input type="checkbox"/> 8
Frequência de Curso Universitário	<input type="checkbox"/> 4	Mestrado	<input type="checkbox"/> 9
			<input type="checkbox"/> 1
Curso Profissional	<input type="checkbox"/> 5	Outro _____	0

Situação Profissional

Estudante	<input type="checkbox"/> 1	Trabalhador(a) empregado(a)	<input type="checkbox"/> 3
Estudante e Trabalhador(a)	<input type="checkbox"/> 2	Trabalhador(a) desempregado(a)	<input type="checkbox"/> 4

Se empregado, qual a profissão ? _____

O **acontecimento vivido** mudou a sua situação profissional?

Não ☐ 1 Sim ☐ 2

Relativamente à Religião, considera-se

Não crente	<input type="checkbox"/> 1	Crente praticante	<input type="checkbox"/> 3
Crente não praticante	<input type="checkbox"/> 2	Se assinalou 2. ou 3., que religião? _____	

Alguma vez teve acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Nunca	<input type="checkbox"/> 1	Tenho actualmente	<input type="checkbox"/> 3
Já tive no passado		Nunca tive mas penso/já pensei que me seria útil	<input type="checkbox"/> 4
Com que idade? _____ anos	<input type="checkbox"/> 2		

Faz alguma medicação psiquiátrica (ansiolíticos, anti-depressivos,...)?

Qual? _____

Quem prescreveu a medicação? _____

Consumo de Substâncias

O **acontecimento vivido** alterou o seu consumo de substâncias psico-activas?

Quais as substâncias que consumia habitualmente?

		Quantidade por semana
Tabaco	<input type="checkbox"/> 1	
Álcool	<input type="checkbox"/> 2	
Cannabis	<input type="checkbox"/> 3	
Cocaína	<input type="checkbox"/> 4	
Heroína	<input type="checkbox"/> 5	
Outra	<input type="checkbox"/> 6	
Qual? _____		

Quais as substâncias que consumiu na **última semana**?

		Quantidade por semana
Tabaco	<input type="checkbox"/> 1	
Álcool	<input type="checkbox"/> 2	
Cannabis	<input type="checkbox"/> 3	
Cocaína	<input type="checkbox"/> 4	
Heroína	<input type="checkbox"/> 5	
Outra	<input type="checkbox"/> 6	

Qual? _____

Apêndice 4

CONSENTIMENTO INFORMADO

Foi solicitada a sua participação numa investigação realizada no âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, que tem por objetivo investigar como reagimos perante situações exigentes e/ou potencialmente traumáticas.

As suas informações são confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas no âmbito deste estudo.

Gostaríamos de saber se aceita participar nesta investigação respondendo a algumas questões. A sua colaboração é essencial.

A sua participação é voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

A Investigadora
Responsável

____/____/____

O Participante

____/____/____

Apêndice 5

Tabela 15 Descrição dos nós que emergiram através da análise temática com recurso ao NVivo, com número de fontes e referências

Nome	Descrição	Fontes	Referências
Adaptação ao longo do tempo ao EPT	Este nó engloba a sintomatologia, as necessidades sentidas, as estratégias de coping utilizadas, o apoio e suporte social recebidos e o regresso às rotinas e normalidade, com o decorrer do tempo.	11	184
Apoio e Suporte Social ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas ao apoio e suporte social ao longo do tempo.	11	64
Ajuda do psicólogo	Este nó contém todas as referências relativas à intervenção psicológica, percecionada como fonte de apoio, ao longo do tempo após o EPT.	3	4
Suporte Social ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social ao longo do tempo após o EPT.	11	60
Suporte Social fornecido ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social fornecido ao longo do tempo após o EPT.	4	8
Preocupação com pessoas significativas ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas a preocupação com pessoas significativas ao longo do tempo após o EPT.	3	4
Suporte Social recebido ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social recebido ao longo do tempo após o EPT.	11	52
Ausente ao longo do	Este nó contém todas as referências relativas à ausência de suporte	5	11

Nome	Descrição	Fontes	Referências
tempo	social recebido ao longo do tempo após o EPT.		
Distanciamento familiar	Este nó contém todas as referências relativas à ausência de suporte social, por haver um distanciamento familiar.	1	1
Ocultar o EPT a pessoas próximas	Este nó contém todas as referências relativas à ausência de suporte social, derivada do motivo de ter sido ocultado o EPT a pessoas próximas do indivíduo.	1	1
Presente - adequado ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social adequado recebido ao longo do tempo após o EPT.	9	34
Presente - não adequado ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social não adequado recebido ao longo do tempo após o EPT.	4	7
Estratégias de coping ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas às estratégias de coping utilizadas ao longo do tempo.	9	37
Estratégias de coping ao longo do tempo orientadas para a regulação emocional	Este nó contém todas as referências relativas às estratégias de coping orientadas para a regulação emocional, ao longo do tempo após o EPT.	6	10
Estratégias de coping ao longo do tempo orientadas para a resolução de problemas	Este nó contém todas as referências relativas às estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas, ao longo do tempo após o EPT.	2	2

Nome	Descrição	Fontes	Referências
Evitamento ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas a evitamento, ao longo do tempo após o EPT.	8	25
Estratégias que permitem evitamento	Este nó contém todas as referências relativas estratégias utilizadas pelos indivíduos que permitem o evitamento, ao longo do tempo após o EPT.	5	7
Necessidades que se prolongam no tempo	Este nó contém todas as referências relativas às necessidades sentidas, que se prolongam no tempo após o EPT.	6	14
Manutenção do vínculo	Este nó contém todas as referências relativas à necessidade de manutenção do vínculo, uma necessidade específica do luto, que se prolonga no tempo após o EPT.	2	2
Necessidade de compreensão do acontecimento que se prolonga no tempo	Este nó contém todas as referências relativas à necessidade de compreensão do acontecimento, que se prolonga no tempo após o EPT, incluindo a reflexão sobre o acontecimento e/ou a pessoa que faleceu.	5	12
Regresso às rotinas ou normalidade	Este nó contém todas as referências relativas ao regresso às rotinas e à normalidade, após o EPT.	4	6
Sintomatologia que se prolonga no tempo	Este nó contém todas as referências relativas à sintomatologia que se prolonga no tempo após o EPT.	10	63
Estado emocional negativo ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas a um estado emocional negativo que se prolonga no tempo após o EPT.	8	29

Nome	Descrição	Fontes	Referências
Altos e baixos, sorrisos e lágrimas ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas a um processo com altos e baixos ao longo do tempo.	4	6
Revolta, zanga para com o falecido ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas a revolta e zanga para com o falecido ao longo do tempo.	3	6
Sentimento de culpa	Este nó contém todas as referências relativas a sentimento de culpa que deriva do EPT.	3	3
Sentimento de luto, tristeza, sofrimento que dói ao longo do tempo	Este nó contém todas as referências relativas a sentimento de luto, tristeza e sofrimento que se prolonga no tempo.	7	13
Perturbação dos padrões de sono que se prolonga no tempo	Este nó contém todas as referências relativas à perturbação dos padrões de sono, que se prolonga no tempo após o EPT.	2	3
Psicossomática	Este nó contém todas as referências relativas à sintomatologia psicossomática que se prolonga no tempo após o EPT.	2	2
Falta de apetite	Este nó contém todas as referências relativas a falta de apetite que se prolonga no tempo após o EPT.	2	2
Sintomatologia ansiosa que se prolonga no tempo	Este nó contém todas as referências relativas à sintomatologia ansiosa que se prolonga no tempo após o EPT.	6	17
Medo que o EPT volte a acontecer	Este nó contém todas as referências relativas a sintomatologia ansiosa, especificamente ao medo de voltar a passar pelo mesmo.	4	7

Nome	Descrição	Fontes	Referências
Preocupação excessiva	Este nó contém todas as referências relativas a preocupação excessiva com pessoas significativas, que deriva do acontecimento.	4	7
Sintomatologia intrusiva e recorrente	Este nó codifica todas as referências relativas a sintomatologia intrusiva, através de imagens, pensamentos ou sonhos perturbantes, ao longo do tempo.	5	12
Adaptação imediata ao evento	Este nó engloba a sintomatologia, as necessidades sentidas, as estratégias de coping utilizadas e o apoio e suporte social recebidos logo após o EPT.	11	102
Apoio e Suporte Social Imediato	Este nó contém todas as referências relativas ao apoio e suporte social recebido e fornecido nos momentos imediatamente após o EPT.	10	41
Interação com profissionais de ajuda no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas à interação com profissionais de ajuda, nos momentos imediatamente após o EPT.	5	6
Apoio dos profissionais de emergência	Este nó contém todas as referências relativas à interação com profissionais de emergência, percecionada como fonte de apoio, nos momentos imediatamente após o EPT.	4	5
Intervenção Psicológica em Crise	Este nó contém todas as referências relativas à intervenção psicológica em crise, percecionada como fonte de apoio, nos momentos imediatamente após o EPT.	1	1
Suporte Social no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social nos momentos imediatamente após o EPT.	8	35

Nome	Descrição	Fontes	Referências
Suporte social fornecido no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social fornecido nos momentos imediatamente após o EPT.	6	13
Preocupação com pessoas significativas no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas a preocupação com pessoas significativas nos momentos imediatamente após o EPT.	4	10
Suporte social recebido no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social recebido nos momentos imediatamente após o EPT.	6	22
Suporte social presente - adequado no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social adequado recebido nos momentos imediatamente após o EPT.	6	21
Suporte social presente - não adequado no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas ao suporte social não adequado recebido nos momentos imediatamente após o EPT.	1	1
Estratégias de coping imediatas	Este nó contém todas as referências relativas às estratégias de coping utilizadas nos momentos imediatamente após o EPT.	8	27
Estratégias de coping no imediato após o EPT orientadas para a regulação emocional	Este nó contém todas as referências relativas às estratégias de coping orientadas para a regulação emocional, nos momentos imediatamente após o EPT.	4	4
Estratégias de coping no imediato após o EPT orientadas	Este nó contém todas as referências relativas às estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas, nos momentos	7	19

Nome	Descrição	Fontes	Referências
para a resolução de problemas	imediatamente após o EPT.		
Evitamento no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas a evitamento, nos momentos imediatamente após o EPT.	2	4
Necessidade imediata de compreensão do acontecimento	Este nó contém todas as referências relativas a necessidades sentidas nos momentos imediatamente após o EPT.	2	2
Sintomatologia imediata	Este nó contém todas as referências relativas à sintomatologia nos momentos imediatamente após o EPT.	10	32
Estado emocional negativo no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas a um estado emocional negativo nos momentos imediatamente após o EPT.	7	16
Descontrolo emocional no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas a descontrolo emocional nos momentos imediatamente após o EPT.	3	3
Revolta, zanga para com o falecido no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas a revolta e zanga para com o falecido nos momentos imediatamente após o EPT.	3	5
Sentimento de luto, tristeza no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas a sentimento de luto e tristeza nos momentos imediatamente após o EPT.	5	8
Negação no imediato após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas a negação nos momentos imediatamente após o EPT.	2	3
Sintomatologia ansiosa no	Este nó contém todas as referências relativas a sintomatologia ansiosa	5	7

Nome	Descrição	Fontes	Referências
imediatamente após o EPT	nos momentos imediatamente após o EPT.		
Sintomatologia física no imediatamente após o EPT	Este nó contém todas as referências relativas a sintomatologia física nos momentos imediatamente após o EPT.	4	6
Autoeficácia	Este nó contém todas as referências relativas à percepção de autoeficácia de cada participante.	8	28
Percepção de autoeficácia positiva	Este nó contém todas as referências relativas à percepção de autoeficácia positiva, nomeadamente à percepção de possuir competências pessoais para fazer face ao EPT.	8	26
Boa capacidade de adaptação	Este nó contém todas as referências relativas à percepção de estar a ter uma boa capacidade de adaptação perante o EPT.	6	12
Enfrentar estímulos que recordam o EPT	Este nó contém todas as referências relativas às situações em que os participantes enfrentaram com sucesso estímulos que recordam o EPT.	3	5
Percepção de baixa autoeficácia	Este nó contém todas as referências relativas à percepção de baixa autoeficácia.	2	2
Escalas	Este nó contém os resultados obtidos por cada participante na escala da resiliência e no inventário do crescimento pós-traumático.	11	22
Crescimento Pós-Traumático	Este nó contém os resultados obtidos por cada participante no inventário do crescimento pós-traumático.	11	11
Nível de CPT baixo	Este nó contém todos os participantes que obtiveram um nível baixo no	2	2

Nome	Descrição	Fontes	Referências
	inventário do crescimento pós-traumático.		
Nível de CPT elevado	Este nó contém todos os participantes que obtiveram um nível elevado no inventário do crescimento pós-traumático.	2	2
Nível de CPT moderado	Este nó contém todos os participantes que obtiveram um nível moderado no inventário do crescimento pós-traumático.	7	7
Resiliência	Este nó contém os resultados obtidos por cada participante na escala da resiliência.	11	11
Nível de resiliência baixo	Este nó contém todos os participantes que obtiveram um nível baixo na escala da resiliência.	3	3
Nível de resiliência elevado	Este nó contém todos os participantes que obtiveram um nível elevado na escala da resiliência.	2	2
Nível de resiliência moderado	Este nó contém todos os participantes que obtiveram um nível moderado na escala da resiliência.	6	6
Evento Potencialmente Traumático	Este nó contém todas as referências relacionadas com exposição pessoal ao evento potencialmente traumático, assim como todas as características que o definem.	11	77
Altura em que o EPT aconteceu	Este nó contém a altura em que o EPT ocorreu.	11	11
EPT ocorreu há mais de 1 ano	Este nó refere-se aos participantes que viveram o EPT há mais de 1 ano.	4	4

Nome	Descrição	Fontes	Referências
EPT ocorreu há menos de 1 ano	Este nó refere-se aos participantes que viveram o EPT há menos de 1 ano.	7	7
Descrição dos momentos anteriores e durante o EPT	Este nó contém todas as referências relativas aos momentos anteriores e durante o decorrer do evento.	9	12
Exposição a estímulos potencialmente traumáticos	Este nó contém os estímulos traumáticos a que o participante esteve exposto, ou dos quais tomou conhecimento.	11	32
Cenários de destruição	Este nó contém todas as referências relativas a cenários de destruição onde a pessoa esteve presente.	1	2
Lesões resultantes do acontecimento	Este nó contém todas as referências relativas a lesões que resultaram do acontecimento.	1	3
Percepção de que a sua vida ou integridade física corria perigo	Este nó contém todas as referências relativas à percepção de que a sua vida ou integridade física corria perigo.	4	7
Pessoas feridas e possivelmente mortas ou em perigo de vida	Este nó contém todas as referências relativas a pessoas feridas e possivelmente mortas ou que se encontraram em perigo de vida.	2	4
Pessoas significativas perderam a vida	Este nó contém referências relativas à morte de pessoas significativas.	7	8
Morte de pessoas significativas por acidente	Este nó contém informação sobre os participantes que viveram a morte de uma pessoa significativa decorrente de um acidente.	3	4
Morte de pessoas	Este nó contém informação sobre os participantes que viveram o	3	3

Nome	Descrição	Fontes	Referências
significativas por suicídio	suicídio de uma pessoa significativa.		
Morte natural inesperada de pessoas significativas	Este nó contém informação sobre os participantes que viveram a morte natural inesperada de uma pessoa significativa.	1	1
Reações de descontrolo emocional de outras pessoas afetadas	Este nó contém todas as referências relativas à exposição ao descontrolo emocional de outras pessoas afetadas pelo acontecimento.	5	8
Preocupação que o evento traumático viesse a acontecer	Este nó contém informação diretamente relacionada com o EPT, da qual a pessoa já tinha conhecimento antes do evento ocorrer e que causava o receio de que pudesse acontecer.	2	2
Stressores Secundários	Este nó contém todas as referências relativas a stressores secundários. Por stressores secundários entende-se stressores relacionados com o evento principal, que ocorrem depois do mesmo.	5	9
Tipo de EPT	Este nó contém o tipo de EPT experienciado.	11	11
Acidente	Este nó refere-se aos participantes que experienciaram um acidente rodoviário.	4	4
Morte de familiar ou amigo através de causas naturais ou acidente	Este nó refere-se aos participantes que viveram a morte de um amigo ou familiar, através de causas naturais ou acidente.	4	4
Morte de familiar ou amigo	Este nó refere-se aos participantes que viveram a morte de um amigo	3	3

Nome	Descrição	Fontes	Referências
através de suicídio	ou familiar, através de suicídio.		
Fatores de stresse ou exigências que se prolongam no tempo	Este nó contém todas as referências relativas aos fatores de stresse ou exigências derivadas do EPT, que se prolongam no tempo.	11	37
Fatores de stresse relativos ao acontecimento	Este nó contém todas as referências de fatores de stresse relativos ao acontecimento que se prolongam no tempo, nomeadamente fatores que recordam o EPT ou a pessoa falecida.	9	16
Fatores de stresse relativos ao próprio	Este nó contém todas as referências de fatores de stresse relativos ao próprio que se prolongam no tempo.	5	10
Fatores de stresse relativos às relações interpessoais	Este nó contém todas as referências relativas aos fatores de stresse relativos às relações interpessoais que se prolongam no tempo, nomeadamente tensão familiar e afastamento do próprio e da rede social.	4	11
Fatores promotores de maior bem-estar	Este nó contém todas as referências relativas aos fatores promotores de bem-estar ao longo do tempo.	3	6
Continuar a viver	Este nó contém todas as referências relativas ao continuar a viver, como fator promotor de bem-estar, nomeadamente seguir com a sua vida em frente e continuar a fazer as coisas que fazia antes do EPT, sem medo, sem evitar os riscos normais do dia-a-dia,	2	4
Trabalho ou faculdade	Este nó contém todas as referências relativas ao trabalho ou à faculdade como fator promotor de bem-estar.	2	2

Nome	Descrição	Fontes	Referências
Questões existenciais	Este nó contém todas as referências relativas a questões existenciais, nomeadamente espiritualidade e atribuição de significado.	11	30
Espiritualidade	Este nó contém todas as referências relativas à espiritualidade de cada participante.	11	20
Acreditar na presença dos familiares falecidos	Este nó contém todas as referências relativas à crença de que os familiares falecidos ainda se encontram presentes.	2	2
Crise de fé	Este nó contém todas as referências relativas a crise de fé por parte dos participantes.	2	2
Espiritualidade como estratégia de coping	Este nó contém todas as referências relativas ao uso da espiritualidade como estratégia de coping.	2	4
Espiritualidade como parte integrante da vida	Este nó contém todas as referências relativas à espiritualidade como parte integrante da vida.	2	3
Não espiritual	Este nó contém todas as referências relativas à ausência de espiritualidade.	3	4
Pouco espiritual	Este nó contém todas as referências relativas ao facto de os participantes serem pouco espirituais.	4	4
Reforço das crenças	Este nó contém todas as referências relativas ao facto de o EPT ter originado um reforço das crenças existentes.	1	1
Significado	Este nó contém todas as referências relativas à ausência ou atribuição	6	10

Nome	Descrição	Fontes	Referências
	de significado ao EPT.		
Atribuição de significado	Este nó contém todas as referências relativas à atribuição de algum significado ao EPT.	5	8
Sem significado, acabou	Este nó contém todas as referências relativas à ausência de atribuição de significado ao EPT.	2	2
Tarefas extraordinárias devido ao evento	Este nó contém todas as referências relativas às tarefas extraordinárias que os participantes tiveram de realizar devido ao evento.	7	13
Dificuldades com burocracias e processos jurídicos	Este nó contém todas as referências relativas às dificuldades com burocracias e processos jurídicos sentidas pelos participantes.	2	2
Organizar e participar em ritual fúnebre	Este nó contém todas as referências relativas à organização e participação no ritual fúnebre.	6	11
Transformação pessoal atribuída ao EPT	Este nó contém todas as referências relativas à transformação pessoal ocorrida após o EPT e que o próprio indivíduo perceciona como tendo sido causada pelo mesmo.	11	48
Aquisição de novas tarefas ou papéis	Este nó contém todas as referências relativas à aquisição de novas tarefas ou papéis após o EPT.	4	9
Crescimento pós-traumático	Este nó contém todas as referências relativas ao crescimento pós-traumático ocorrido, que o indivíduo perceciona como tendo sido causado pelo mesmo.	11	33

Nome	Descrição	Fontes	Referências
Mudança na filosofia de vida	Este nó contém todas as referências relativas à mudança na filosofia de vida, que o indivíduo percebe como tendo sido causada pelo evento.	10	14
Mudança na percepção de si	Este nó contém todas as referências relativas à mudança na percepção de si, que o indivíduo percebe como tendo sido causada pelo evento.	3	3
Mudança nas relações interpessoais	Este nó contém todas as referências relativas à mudança nas relações interpessoais, que o indivíduo percebe como tendo sido causada pelo evento.	7	16
Mudanças pessoais negativas	Este nó contém todas as referências relativas a mudanças pessoais negativas, que o indivíduo percebe como tendo sido causadas pelo evento.	4	6
Mudanças negativas na percepção de si	Este nó contém todas as referências relativas a mudanças negativas na percepção de si, que o indivíduo percebe como tendo sido causadas pelo evento.	3	4
Mudanças negativas nas relações interpessoais	Este nó contém todas as referências relativas a mudanças negativas nas relações interpessoais, que o indivíduo percebe como tendo sido causadas pelo evento.	1	2